Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências

Maria Cecília de Souza Minayo
Suely Ferreira Deslandes
(orgs.)

MINAYO, MCS., and DESLANDES, SF., orgs. *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, 349 p. ISBN: 978-85-7541-541-2. Available from: doi: 10.747/9788575415412. Also available in ePUB from: http://books.scielo.org/id/fx9hn/epub/minayo-9788575415412.epub.

Análise Diagnóstica

da Política Nacional de
Saúde para Redução de
Acidentes e Violências

Análise Diagnóstica

da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências

Maria Cecília de Souza Minayo
Suely Ferreira Deslandes
organizadoras

ISBN: 978-85-7541-128-5

Capa, projeto gráfico
Carlota Rios

Editoração eletrônica
Carlota Rios e Ramon Carlos de Moraes

Revisão e Copidesque
Fernanda Veneu e M. Cecilia G. B. Moreira

ESTE LIVRO CONTOU COM APOIO DO CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (CNPq) E DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Catalogação na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

M663a Minayo, Maria Cecília de Souza
Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências / Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo; Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

349p.,tab.,graf.

1.Política de Saúde. 2.Acidentes. 3.Violência-prevenção & controle. 4.Serviços Médicos de Emergência . 5.Reabilitação. I. Título.

CDD - 20.ed. – 363.110981

2007
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 – Térreo – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 / 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br

Autores

Andréia Ferreira de Oliveira

Nutricionista e mestre em Saúde Pública. Sanitarista na Secretaria Municipal de Saúde/RJ e professora visitante do Centro Integrado de Atualização e Capacitação em Saúde (Ciacaps)

Cleber Nascimento do Carmo

Estatístico e mestrando em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais. Pesquisador colaborador do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Claves/Ensp/Fiocruz)

Edinilsa Ramos de Souza

Psicóloga, epidemiologista e doutora em Ciências. Pesquisadora titular do Claves/Ensp/Fiocruz

Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora)

Socióloga, antropóloga e doutora em Saúde Pública. Pesquisadora titular da Fiocruz e coordenadora científica do Claves/Ensp/Fiocruz

Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti

Médica, mestre em Saúde Pública e doutora em Saúde da Mulher e da Criança. Professora adjunta do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro no (Nesc/UFRJ)

Nélson de Souza Motta Marriel

Teólogo e doutor em Teologia. Professor do Centro Universitário Metodista Bennett. Professor na Pós-Graduação de Nutrição da Faculdade São Camilo

Simone Gonçalves de Assis

Médica, epidemiologista e doutora em Ciências. Pesquisadora titular e coordenadora do Claves/Ensp/Fiocruz

Suely Ferreira Deslandes (organizadora)

Socióloga, mestre em Saúde Pública e doutora em Ciências. Pesquisadora associada do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) e pesquisadora do Claves/Ensp/Fiocruz

Thiago de Oliveira Pires

Estudante de graduação em Estatística. Bolsista de iniciação científica do Claves/Ensp/Fiocruz

Vanessa dos Reis de Souza

Estatística e mestre em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais. Pesquisadora colaboradora do Claves/Ensp/Fiocruz

Equipes da Pesquisa

Análise Diagnóstica de Sistemas Locais de Saúde para Atender aos Agravos Provocados por Acidentes e Violências

Equipe Claves

Maria Cecília de Souza Minayo (coordenadora)
Suely Ferreira Deslandes (coordenadora)
Edinilsa Ramos de Souza
Andréia Ferreira de Oliveira
Simone G. de Assis
Fatima Cristina Lopes dos Santos
Cleber Nascimento do Carmo
Vanessa dos Reis de Souza
Carolina Caldas do Nascimento
Thiago de Oliveira Pires
Marcela Pinto Lemos

Apoio Administrativo

Marcelo da Cunha Pereira
Marcelo Silva da Motta
Lucimar Câmara Marriel
Jerônimo R. Santos Junior

Equipes Locais

Cláudia Regina B. Sampaio F. da Costa e Equipe (Manaus, AM)
Maria Luiza C. de Lima e Equipe (Recife, PE)
Maria Lúcia Pinto Leal e Equipe (Brasília, DF)
Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti e Equipe (Rio de Janeiro, RJ)
Márcia Cristina Krempel, Samuel Jorge Moysés e Equipe (Curitiba, PR)

| Sumário

Prefácio

ACIDENTES E VIOLÊNCIA, FLAGELO SOCIAL OU UMA REALIDADE PASSÍVEL DE MUDANÇA?

Enfrentar a violência e suas conseqüências é um desafio maior na trajetória da Saúde. Como médico, tenho convivido diariamente com o problema crucial de enfrentar as dificuldades no manejo da situação das vítimas de violência: dificuldade técnica para a obtenção da assistência médica resolutiva, seja por despreparo das equipes, ou seja por inexistência de insumos ou sistematização dos serviços.

Como profissional de saúde, ao observar o conjunto de fatores envolvidos na prática da assistência e da prevenção, é fácil constatar a inadequação dos serviços responsáveis, por carência de recursos, inviabilizando a resposta adequada, ou mesmo por desinteresse pela sua organização e conseqüente otimização.

Como cidadão, ao contemplar o cenário do qual faço parte, ao procurar analisar, entender e mesmo influir no resultado das ações, buscando alternativas, sugestões e ações concretas para este fim, é comum não encontrar eco nas instâncias competentes.

Este cenário, que tomo a liberdade de relatar de acordo com minha experiência pessoal, tem seu correspondente nas análises de cada um dos profissionais que fazem da violência seu campo de trabalho.

Enfrentar a violência transcende em muito o ato de cuidar. Muito tem sido escrito acerca da violência e suas múltiplas facetas, com seu impacto direto e indireto sobre a sociedade. Seu custo social é muito maior que o financeiro. O custo direto não reflete o real impacto do problema. Não é possível aquilatar o custo "indireto" – aquele representado pelo sofrimento individual, solitário, infindável dos pacientes, familiares e amigos na convivência diária com o problema e suas conseqüências.

Notadamente nas duas últimas décadas, o tema vem recebendo valorização crescente, não somente com medidas de enfrentamento direto – assistenciais, sobremaneira – mas também no campo do ensino e da pesquisa.

Dentre as medidas assistenciais, aquelas destinadas ao atendimento médico às vítimas têm sido as mais relevantes, pelo seu potencial de impacto na sobrevida e diminuição das seqüelas. O grande investimento em capacitação de equipes multiprofissionais tem produzido excelentes resultados. A criação de redes assistenciais, potencializada pela consolidação do atendimento pré-hospitalar, é um passo decisivo para o implemento da qualidade assistencial.

No entanto, muito pouco se tem observado em relação ao tratamento das causas da violência. E não é de se admirar, posto que ela é fruto de uma intrincada rede de fatores cujo centro reside no indivíduo: ao mesmo tempo que devemos lutar pela nossa autonomia, é necessário delinear os critérios de relação do indivíduo com seu meio. Afinal, um comportamento de risco só muda a partir de uma decisão própria.

Ainda assim, não basta tratar os efeitos da violência sobre a sociedade. A multiplicidade de fatores causais torna seu enfrentamento um grande desafio ao poder público. Com novas tecnologias de diagnóstico e tratamento desenvolvidas continuamente, elevando exponencialmente o custo do tratamento, há consumo excessivo dos recursos públicos. Seu financiamento adequado, por conseguinte, é cada vez mais improvável.

Seria um paradoxo acreditar que a confiança no atendimento médico qualificado provocaria a liberação de um comportamento de risco, para determinada comunidade? Os números da violência não chegam eficazmente ao conhecimento público, para mudar os paradigmas de que cabe ao Estado a assistência integral, conforme rezam a Constituição da República e a Lei Orgânica da Saúde, e de que a violência é uma fatalidade, e não uma doença que tem fatores predisponentes, prevenção eficaz e tratamento limitado.

A implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências é um grande desafio: o de criação de uma política pública que trará luz à discussão das enormes fragilidades sociais que compõem a face da violência. É, em verdade, um ato de coragem do poder público que poderá colocar em xeque as diferentes (e freqüentes) incapacidades de enfrentamento – despreparo técnico, insuficiência individual e coletiva, desorganização, desinteresse, ações desarticuladas, sentimento de impunidade...

É no campo do ensino e pesquisa que reside nosso próximo grande desafio: mapear claramente o problema é expor mazelas sociais com inevitável conseqüência política e impacto social.

Nesta obra, com maestria, os autores exibem um retrato fiel do momento atual da implantação de uma parcela significativa da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). A profundidade do diagnóstico, aliada à excelente contextualização do tema desde seu aspecto histórico retratando diferentes passos fundamentais do exercício político de enfrentamento da violência, permitirá ao leitor uma análise consistente.

Para o profissional de saúde, habituado ao convívio diário com múltiplos pacientes, serviços sobrecarregados, diagnósticos incompletos e terapêuticas ineficazes, este livro permitirá um olhar crítico a respeito de uma experiência concreta de cunho assistencial, com

potencial real de minimizar o sofrimento, dor e angústia de cada vítima, bem como de melhora da eficácia e eficiência do tratamento.

Para o gestor público, à volta com inúmeras possibilidades de intervenção, cada uma com custos e objetivos ímpares, possibilitará uma reflexão profunda a respeito do tema e a visualização do resultado inicial de uma ação concreta de implantação de uma política pública que tende a ser altamente eficaz, propiciando um marco histórico na ação protetora do Estado em relação à sociedade.

Para outros profissionais, bem como para a sociedade, permitirá avaliar a complexidade de uma ação multifatorial, seu imenso impacto social e a potencialidade de mudança do quadro atual para algo melhor: a capacidade que, juntos, temos de influir significativamente na evolução natural desta "doença social", revestida de dor, sofrimento e perda.

Enfim, esta é uma obra indispensável para todos aqueles que dedicam seu interesse, seus esforços e atenções ao tema dos acidentes e violências e seus reflexos no campo da saúde.

Ao retratar, de maneira fiel, um marco histórico na ação coletiva contra a violência, constitui-se em elemento instigador, provocativo à reflexão e à ação! Mais que simples e competente relato, é, em verdade, um grande estímulo para novos olhares sobre o tema, cada vez mais atual e desafiador.

Vinícius Augusto Filipak

Médico, cirurgião geral, coordenador de Urgências e
Emergências da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná

Apresentação

Apresentamos, aqui, uma análise crítica e comparativa do processo de institucionalização da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) em cinco capitais brasileiras. A pesquisa que lhe deu origem foi realizada durante dois anos em Curitiba, Distrito Federal, Manaus, Recife e Rio de Janeiro[1].

Compreendemos que o processo de institucionalização se realiza por meio de várias iniciativas. Uma delas, mais difusa, diz respeito à filosofia da ação. No caso dessa política, ela se filia aos marcos da promoção da saúde, mediante a articulação do setor com diferentes segmentos sociais. Mas a PNRMAV também orienta para a necessidade de criar regulamentações, normas e protocolos visando a procedimentos, a padrões de notificação, ao investimento em tecnologias e equipamentos necessários, suficientes e adequados. E ressalta a urgência da formação de recursos humanos e hierarquias capazes de responder aos desafios da prática. Descrevemos esses caminhos neste livro.

Embora este estudo tenha focalizado espaços sociais e sanitários concretos, visando a aprofundar as possibilidades e as contradições da prática, ele poderia, sem dúvida, ser tomado como exemplo da dinâmica real do setor saúde quando é demandado para responder aos agravos, traumas e lesões provocados pelas violências e acidentes. Por isso, consideramos que a obra traz dois tipos de contribuição: uma metodológica que permite ao leitor compartilhar caminhos de pensamento e de prática de investigação passíveis de serem replicadas no processo de avaliação de políticas sociais, sobretudo de políticas de saúde.

O estudo permite também seguir passo a passo uma proposta concreta, no seu desenrolar em vários sentidos: estruturas, níveis de organização, disponibilidade de equipamentos e instrumentos, funcionalidades, disposição de recursos, formação de pessoas e, sobretu-

[1] Agradecemos particularmente ao CNPq e ao Ministério da Saúde, que não só proporcionaram as condições materiais deste estudo, mas também orientaram, em edital, o sentido estratégico que seguimos em todo o processo do trabalho científico.

do, atores em relações construindo, corrigindo, interpretando e transformando diretrizes políticas em ações concretas.

O caso da PNRMAV tem uma peculiaridade interessante na sua adoção pelo setor saúde. Ela trata de um assunto que não é primeiramente médico, mas afeta a saúde e em todo o seu desenvolvimento precisa dos conceitos e aparatos do setor, sem poder prescindir de outro conjunto de categorias e instrumentos de ordem sociológica. Tratar, portanto, da sua integração na pauta da saúde é, também, contribuir para um olhar diferenciado em relação aos atuais problemas que vêm mudando o perfil de morbimortalidade, todos eles associados às questões de condições e estilos de vida, como é o caso da violência.

Este estudo tem um cunho prioritariamente técnico, embora sua leitura deva ser complementada, dentro dos marcos da Política de Promoção da Saúde[2], com outras reflexões (Minayo & Souza, 2003; Brasil, 2005a; Minayo, 2006) que buscam contextualizar os diferentes problemas associados ao impacto da violência sobre a saúde da população brasileira. Isso quer dizer que ressaltamos os aspectos do atendimento e focalizamos a organização dos serviços setoriais. A demanda crescente por serviços para atendimento das lesões e traumas provocados pelas violências e acidentes vem exigindo novas habilidades, equipamentos e organização do sistema de saúde, tradicionalmente orientado para a atenção materno-infantil e das enfermidades de ordem biomédica. Esses desafios que já vêm sendo anunciados nos últimos 25 anos continuam exigindo novas reflexões, decisões e ações.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, oficializada pela Portaria n. 737 MS/GM, de 16 de julho de 2001 (Brasil, 2001a), tem sido o principal marco para a real inclusão da temática da violência na agenda do setor. Fruto de longo processo de amadurecimento do setor diante da relevância das violências e acidentes no perfil de morbimortalidade do país, este documento significa, de forma evidente, uma nova atitude política do Ministério da Saúde. Ele introduz, oficialmente, o tema na pauta do sistema, ampliando o foco de sua abordagem, antes restrita aos foros policiais e judiciários.

Mesmo considerando a importância da promulgação de uma política específica para assinalar a entrada na pauta do setor, da atenção às violências e aos acidentes como um problema prioritário, a organização do sistema para acolhê-lo e tratá-lo de maneira devida ainda tem sido lenta, fragmentada e tangida pela demanda. Daí a importância de aportes que contribuam para apontar e socializar o conhecimento sobre os êxitos e as lacunas nos processos de promoção e atenção aos agravos específicos.

As capitais escolhidas para compor esta pesquisa – Curitiba, Distrito Federal, Manaus, Recife e Rio de Janeiro – se destacaram pelas elevadas taxas de mortalidade por esses agravos em cada uma das regiões do país. Ao descrevermos cada sistema local, evidenciamos os pontos positivos, as lacunas e as necessidades de adequação para atender às diretrizes

[2] No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde e de adoecimento em nosso país como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada; e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde.

da Política Nacional. Propomos ainda a criação de vários indicadores para avaliação da implementação da PNRMAV.

As ações de saúde analisadas neste diagnóstico são as definidas na PNRMAV em suas diretrizes como as "que orientarão a definição ou redefinição dos instrumentos operacionais que a implementarão, representados por planos, programas, projetos e atividades" (Brasil, 2001a):

- promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis;
- monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências;
- sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências;
- estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- capacitação de recursos humanos;
- apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Neste estudo, analisamos, nos cinco municípios, o estado da implantação e da implementação de todas as diretrizes referidas. No entanto, os eixos voltados para o atendimento dos agravos e lesões, ou seja, a organização e o atendimento pré-hospitalar, de emergência, hospitalar e de reabilitação, constituíram seu principal foco.

O livro se constitui de 11 capítulos. Embora apresente autoria em cada um – respeitando e distinguindo o trabalho intelectual de todos os que participaram –, ele se constitui como um texto seqüencial que segue, metodologicamente, cada passo da investigação realizada. O primeiro trata, de forma breve, sobre o impacto da violência na saúde pública, articulando este quadro com as respostas que o setor Saúde tem produzido. O segundo capítulo detalha as escolhas e trajetórias metodológicas da pesquisa. O terceiro descreve o método usado por nós para construir os indicadores de avaliação utilizados na investigação. O quarto traz uma caracterização do campo de estudo, dimensionando, através de vários índices e informações, as condições de desenvolvimento socioeconômico de cada cidade incluída no estudo. O quinto capítulo retrata, em detalhe, a situação da mortalidade e da morbidade por causas externas nesses locais. No sexto, descreve-se a composição da rede de serviços públicos e privados ou conveniados em cada cidade para, em seguida, traçar um breve perfil das unidades desta rede que atendem a vítimas de acidentes e violências. O sétimo capítulo apresenta o diagnóstico da PNRMAV no que concerne à caracterização e análise do atendimento pré-hospitalar (móvel e fixo). O oitavo capítulo discute o atendimento hospitalar. O atendimento em reabilitação é tratado no capítulo nono. No décimo, discutimos as outras diretrizes da PNRMAV que dizem respeito à promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis; monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências; capacitação de recursos humanos; apoio ao

desenvolvimento de estudos e pesquisas. Por fim, à guisa de conclusão, apresentamos um capítulo final, que denominamos Perspectivas e Rumos, pois nele se faz uma síntese de todo o estudo, sempre apontando para o que vem sendo realizado com sucesso e as lacunas e problemas existentes.

Ao final do livro, nos anexos, oferecemos ao leitor os instrumentos construídos por nós para esta avaliação diagnóstica. Sua apresentação neste contexto obedece ao sentido técnico-político do estudo. Entendemos que ao nosso leitor possa interessar saber não apenas os resultados, mas também a "cozinha" da pesquisa que deu origem à obra.

Embora a apresentação de instrumentos seja uma tarefa bastante árida e até cansativa, resolvemos anexá-los porque assumimos compromisso, com o CNPq e com a Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, que financiaram o estudo, de refinar as técnicas de investigação e de produzir um kit de tecnologias leves que pudesse, oportunamente, ser usado por outros pesquisadores. Entendemos que os instrumentos possam ser adaptados inclusive para elaboração de diagnósticos em nível local.

Finalmente, o desejo de todos os que trabalhamos na construção deste livro é de que o conteúdo dele possa subsidiar novas análises e permita fomentar um debate profícuo sobre a institucionalização da PNRMAV. Entendemos, principalmente, que é preciso continuar as investigações avaliativas dessa política, sobretudo dando foco às idéias centrais da promoção da saúde, conforme é realçado no recente texto do Ministério da Saúde:

> O paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se por meio da construção e da gestão compartilhadas. (...) Nesta direção, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias e na execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social. (...) A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. (Documento da Política Nacional de Promoção da Saúde) (Disponível em: portalweb05.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.pdf. Acesso em 4 de abril de 2007)

As Organizadoras

1 | Trajetória Histórica de Inclusão da Violência na Agenda do Setor Saúde[3]

Maria Cecília de Souza Minayo

Neste capítulo, acompanharemos o percurso de legitimação do tema "violências e acidentes" no âmbito do pensamento e das práticas do setor saúde. Violência e acidentes, ao lado de enfermidades crônicas e degenerativas, configuram, na atualidade, um novo perfil no quadro dos problemas de saúde do Brasil e no mundo.

Nesse novo perfil, ressaltamos o peso do estilo de vida, das condições sociais e ambientais e da maior longevidade na qualidade de vida, exigindo novas abordagens com as quais o sistema de saúde geralmente não está acostumado. Desde as décadas de 60 e 70 do século passado, houve um grande esforço teórico-metodológico e político para se compreender a saúde como uma questão ampliada, sobretudo, por causa da complexa transição epidemiológica pela qual o país tem passado (Barreto & Carmo, 1995; Omram, 1971).

No entanto, nunca um tema provocou e continua a provocar tantas resistências em relação à sua inclusão na pauta do setor como o da violência e acidentes. Por causa disso, é muito importante realizarmos freqüentes monitoramentos e avaliações que permitam perceber os lentos movimentos de inclusão, bem como encontrar as melhores estratégias para acelerar esse processo. Trataremos aqui de dois aspectos. O primeiro é a dinâmica social e setorial de inclusão e da paulatina legitimação do tema no âmbito internacional e nacional do campo da saúde; o segundo é uma descrição analítica de documentos, planos de ação e iniciativas brasileiras, que demonstram a trajetória sinuosa, lenta, mas persistente de legitimação do tema no interior do pensamento e das práticas de saúde, oferecendo parâmetros, diretrizes e exemplos de possibilidades.

---

[3] Parte deste texto foi publicada em número temático sobre violência e saúde da revista *Ciência* & *Saúde Coletiva* (Minayo, 2006).

Inclusão do tema violências e acidentes na pauta do setor saúde

É bem verdade que, em sua origem e suas manifestações, a violência é um fenômeno sócio-histórico e acompanha toda a experiência da humanidade. Portanto, ela não é, em si, uma questão de saúde pública (Brasil, 2001a; Minayo & Souza, 2006; Minayo, 2005). No entanto, ela se transforma em problema para a área porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor.

Existem inegáveis evidências nacionais e internacionais de que o setor saúde deva assumir, na sua pauta, a temática da violência. A Organização Mundial da Saúde (OMS) que, em 1993, escolheu a prevenção de traumas e acidentes como mote da celebração do Dia Mundial da Saúde, repetia em sua justificativa uma frase atribuída a William Forge, segundo o qual: "desde tempos imemoriais, as doenças infecciosas e a violência são as principais causas de mortes prematuras" (OMS, 2003: 3).

Atualmente, a OMS revela, em seu *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*, que "todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais", por causas violentas (Krug et al., 2002: 5). Só no Brasil, na década de 1990, ou seja, no espaço de dez anos, mais de um milhão de pessoas morreram por violência e acidentes. Dessas vítimas, cerca de 400 mil tiveram, como causa de morte, o homicídio (Minayo, 2005).

Tanto no mundo como no país, os óbitos infligidos por outros ou auto-infligidos têm intensas repercussões para a sociedade. No Brasil, desde o início da década de 1980, acidentes e violência passaram do quarto para o segundo lugar na mortalidade geral. De 1979 a 1986, registrou-se um aumento de 21% na ocorrência de acidentes de trânsito, e os homicídios foram incrementados em 56%, sendo 90% do grupo etário de 19 a 24 anos, e em 136% de 15 a 18 anos. Na ampla faixa de 5 a 39 anos, as causas externas são o principal problema de vitimização que leva à morte (Minayo, 2005).

Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violência correspondem a altos custos emocionais, sociais e para a manutenção de aparatos de segurança pública. Causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos. As conseqüências da violência que chegam ao sistema de saúde, dentre outros aspectos, evidenciam aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, itens muito mais onerosos do que a maioria dos procedimentos médicos convencionais (Minayo, 2005).

Com base em cálculos do Banco Interamericano de Desenvolvimento, citados por Briceño-León (2002), estima-se que 3,3% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro são gastos com custos diretos da violência, cifra que sobe para 10,5% quando se incluem custos indiretos e transferências de recursos. Esse autor, falando da América Latina como um todo, afirma que os danos e as transferências de recursos que aqui se processam por causa da violência atingem 14,2% do PIB dos países que a compõem. Para se ter uma idéia do

significado da cifra estimada para os custos diretos da violência no Brasil (3,3% do PIB), ela é três vezes mais elevada do que o valor investido no país, atualmente, em Ciência e Tecnologia.

Apesar de todas as razões citadas, a inclusão da violência na pauta do setor saúde vem ocorrendo muito lentamente. A primeira forma de introdução do tema, à qual se refere William Forge, vem se dando, secularmente, dentro da própria lógica biomédica no atendimento pontual e específico das lesões, traumas e mortes. Essas categorias são tradicionalmente incluídas na Classificação Internacional das Doenças e Agravos (CID) com a denominação "causas externas" (OMS, 1996). O conceito de mortalidade por causas externas sempre incluiu os homicídios, os suicídios e os acidentes; e o de morbidade, as lesões, os envenenamentos, os ferimentos, as fraturas, as queimaduras e intoxicações por agressões interpessoais e coletivas. O adjetivo "externas" aposto ao termo "causas" na definição da CID tem uma conotação muito asséptica para definir os processos violentos aí classificados. Mas, principalmente, quer dizer que a violência não advém de distúrbios orgânicos e funcionais, mas é fruto de um problema criado e reproduzido pela ação humana, em seu processo social de construção e de disposição da vida. Por causa dessa "intencionalidade" histórica, as questões da violência devem ser tratadas por meio de intervenções políticas e sociais que contribuam para a construção da convivência, da sociabilidade e da paz.

A sensibilização em relação à relevância do tema como pauta para ação de saúde se inicia pioneiramente com a questão da violência contra crianças. Embora existam alguns documentos históricos que mostrem, desde a Antigüidade, uma preocupação da sociedade em regular a aplicação de castigos e maus-tratos na infância, os primeiros textos que vinculam este tipo de violência com a saúde procedem dos levantamentos de Tardieu em 1880 (Assis, 1994). Nos anos 60 do século passado, por meio de textos e debates, os profissionais de saúde começaram a fazer denúncias sistemáticas sobre as várias modalidades de violência contra crianças e adolescentes, e a influência negativa para seu crescimento e desenvolvimento (Kempe et al., 1962).

Uma década depois de os pediatras Kempe et al. (1962) cunharem a expressão "síndrome do bebê espancado", vários profissionais, em distintos países, passaram a reconhecer e a diagnosticar este tipo de agravo como um problema de saúde. Programas de prevenção primária e secundária e intervenções, principalmente nas dinâmicas familiares responsáveis pela maioria das agressões, negligências e abusos psicológicos, têm sido instituídos, desde então, na pauta de serviços de instituições públicas, privadas e de organizações não-governamentais (ONGs).

Diferentemente da militância que brotou da corporação médica na última metade do século 20, denunciando os abusos que vitimam crianças e adolescentes e buscando solução para o problema, a introdução da violência contra a mulher na agenda da área da saúde ocorreu pelo protagonismo do movimento feminista. Com uma estratégia voltada para criar consciência de gênero nos mais diferentes ambientes e instituições, esse movimento pressionou e pressiona o setor saúde para que atue de maneira efetiva e dê respostas concretas,

não apenas para o tratamento das lesões e traumas provenientes da violência, mas também para agir nas causas, por meio de uma pauta positiva de ações.

Foram endereçadas à área de saúde as mais diferentes problemáticas que afetam a vida e a integridade das mulheres, como agressões conjugais, mutilações, abusos sexuais, físicos e psicológicos, homicídios e uma série de sintomas físicos e psicossomáticos associados à violência de gênero. A força do feminismo na abordagem do diagnóstico situacional e nas propostas de ação, relativas a gênero, aparece claramente nos documentos dos organismos internacionais do setor saúde, como o que apresenta as conclusões da Conferência sobre Violência e Saúde, realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde em Washington, em 1994 (Opas, 1994; Heise, 1994).

Os maus-tratos contra idosos foram, pela primeira vez, nomeados em um periódico inglês, em 1975, por meio da categoria "espancamento de avós" (Baker, 1975; Burston, 1975), e o tema lentamente foi aparecendo na bibliografia internacional, nacional e nas práticas de proteção, prevenção e atenção. Na área de saúde, os estudos e ações são ainda muito tímidos, mesmo na literatura de países onde tradicionalmente existe forte tradição de pesquisa (Wolf, 1995).

Em toda a sociedade ocidental, e mais particularmente no Brasil, é na década de 1980 que o tema da violência entra com mais vigor na agenda de debates políticos e sociais e no campo programático da saúde. Oficialmente, somente a partir da década de 1990, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a OMS começaram a falar especificamente do tema "violência" (e não apenas "causas externas"), congregando as várias discussões (sempre dispersas e com pouca legitimidade institucional, até então) que vinham ocorrendo em diferentes âmbitos e em alguns países.

Em 1994, a Opas convocou os ministros de Saúde das Américas, pesquisadores e especialistas para uma conferência sobre o tema (Minayo & Souza, 1999). Nos documentos preparatórios e no documento final desse evento, estão incluídos os aspectos tradicionais que sempre marcaram a atuação do setor e várias outras problemáticas que, pela primeira vez, foram incluídas na pauta, de forma orgânica. Os participantes da conferência entenderam que a transição epidemiológica dos países da região apresentava uma questão antiga com novas cores e evidências, e era preciso defini-la na sua especificidade histórica e mapeá-la, para que fosse tratada com as distinções próprias do setor e nos aspectos da intersetorialidade:

> A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...]. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social. (Opas, 1994: 2)

Em 2002, a OMS produziu um *Relatório Mundial* (Krug et al., 2002) em que o termo "causas externas", usado tradicionalmente para categorizar o tema na CID (OMS, 1996),

foi substituído pela expressão "violência e saúde". Em 1997, a OMS já havia realizado uma Assembléia Mundial com ministros de Saúde de todos os países-membros da ONU, em que esse assunto fez parte da pauta. E, em suas recomendações para a região das Américas, a redução da violência já entrara como uma das cinco prioridades (Minayo & Souza, 1999). No documento de 2002, porém, não resta dúvida de que o tema passa a fazer parte do campo de preocupação das organizações internacionais de saúde, merecendo definições, categorizações, problematizações e encaminhamentos concretos. Análises minuciosas (embora de caráter aglomerado foram apresentadas, e no relatório há uma série de recomendações para todo o setor. Uma delas é de que cada país faça o próprio diagnóstico e plano de ação.

Atendendo a esse chamado, em 2005, o Ministério da Saúde, junto com a representação brasileira da Opas e do Claves/Fiocruz, produziu e divulgou um relatório, seguindo mais ou menos a linha do texto internacional, denominado *Impacto da violência na saúde dos brasileiros* (Souza & Minayo, 2005). Além disto, está sendo implantado um plano de ação, como veremos a seguir.

TRAJETÓRIA DE INCLUSÃO DA VIOLÊNCIA NA AGENDA DO SETOR SAÚDE DO BRASIL

No Brasil, a inclusão da violência e da criminalidade na agenda da cidadania coincide com o término (oficial) da ditadura militar. Os movimentos sociais pela democratização, as instituições de direito e a forte pressão de algumas entidades não-governamentais e organizações internacionais, com poder de influenciar o debate nacional, foram fundamentais para tornar a violência social uma questão pública.

Na área de saúde, no país, a consideração do tema da violência vem se fazendo de forma fragmentada e progressiva. Primeiramente, pediatras epidemiologistas e psiquiatras trouxeram o problema ao debate, embora enfermeiras, assistentes sociais e demais profissionais do campo da assistência tivessem consciência dele. Os primeiros, seguindo as trilhas de Kempe et al. (1962), como já demonstrado (Minayo, 1990); os segundos, produzindo importantes estudos de magnitude e evidenciando tendências Minayo (1990); os últimos, analisando as relações das agressões com enfermidades mentais, com ênfase em estudos sobre suicídio (Minayo, 1990). Os trabalhos de pesquisa, sobretudo no Brasil, que vêm legitimando o tema da violência na área da saúde se iniciam nos anos 1970, mas o incremento maior da contribuição acadêmica é recente. Em comparação com o período histórico até 1980, nos últimos 25 anos, o aporte da produção científica corresponde a 90% do total (Minayo, 2003).

Do ponto de vista da atuação, alguns pediatras iniciaram atividades assistenciais e de prevenção nos hospitais onde trabalhavam e fundaram algumas ONGs, com o propósito de tratar de temáticas peculiares, dentro de propostas que incluíam e também ultrapassavam os marcos tradicionais do setor saúde. Assinalamos o pioneirismo das atividades dos

Crami (Centros Regionais de Atenção aos Maus Tratos na Infância), em São Paulo; da Abrapia (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência), no Rio de Janeiro; e da ABNAPI (Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância), em Minas Gerais (Minayo & Souza, 1999), como exemplos de entidades surgidas nos anos 80, com intervenções abrangentes, que pensavam atuavam e produziam, especificamente, dando assessoria a políticas públicas no tema da violência na infância e na adolescência.

No âmbito da proteção à infância, profissionais comprometidos com a saúde e com o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes participaram ativamente de um forte movimento em prol da cidadania deste grupo, que redundou na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990. Hoje existe um número bastante significativo de programas e iniciativas da sociedade e do Estado que focalizam o problema em pauta, e estudos que revelam vários exemplos exitosos de atuação (Gomes et al., 2006; Njaine et al., 2006). Um documento importantíssimo da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça com caráter intersetorial e, portanto, contando com a contribuição do Ministério da Saúde e de profissionais da área, é o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil de 2002 (Brasil, 2002). Construíram-se, também, indicadores para monitoramento e comprovação da efetividade da ação nacional.

A participação do movimento de mulheres brasileiras na introdução da violência como tema de saúde no Brasil teve expressão fundamental na construção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), promulgado em 1983 (Brasil, 1983). Esse programa incorpora de forma clara a pauta dos direitos sexuais e reprodutivos, que dá lugar de destaque à reflexão sobre a violência de gênero. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 1983) leva em conta a relevância do tema da violência e oficializa um tipo de olhar específico para o problema em todo o serviço público. É importante acrescentar que o lançamento, em 2004, da Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos (Brasil, 2004a) e um plano de ação que contempla o período de 2004 a 2007 aprofundam as proposições do Paism. De acordo com os princípios e diretrizes dessa política e do plano de ação, o Ministério da Saúde estabeleceu como meta aumentar em 30% os serviços de atenção às mulheres e às adolescentes em situação de violência nos municípios pólos de microrregiões, apoiando-se na organização de redes integradas, nesse período de quatro anos.

A promulgação do Estatuto do Idoso pela Secretaria Especial de Direitos Humanos, em 2003 (Brasil, 2003a), trouxe o tema da violência como problema a ser enfrentado, inclusive propondo intervenções do setor saúde. Em 2005, foi oficializado um plano de ação intersetorial (Brasil, 2005b), cabendo, ao setor saúde, ações de promoção, prevenção de agravos, atendimento às várias formas de violência e normalização das casas e clínicas de longa permanência.

Já na metade dos anos 90, muitas secretarias de saúde municipais, em articulação com organizações da sociedade civil, criaram estratégias e serviços de prevenção e de assistência

às resultantes da violência. Tais iniciativas se multiplicaram desde então, geralmente congregando instituições públicas, ONGs e institutos ou grupos de pesquisa. Destacamos a Faculdade de Saúde Pública da USP (Minayo, 1990), que tem uma linha de investigação sobre "causas externas" desde a década de 1970, e a Fundação Oswaldo Cruz que, em 1989, criou, na Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), o Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves), com a função de produzir pesquisas estratégicas e interdisciplinares, formar profissionais e assessorar as políticas públicas do setor (Minayo & Souza, 1999).

Atualmente, o Claves está associado ao Instituto Fernandes Figueira, dentro dos mesmos objetivos, com o Centro de Informação, Comunicação em Saúde e com a Bireme (Opas), para a construção e alimentação de um núcleo de documentação e divulgação científica e de uma biblioteca virtual. É também centro colaborador da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça.

Em 1998, o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), com a assessoria do Claves, instituiu um plano de ação de prevenção da violência contra crianças e adolescentes, em parceria com a Unicef e a Unesco, incluindo orientações gerais para o conjunto dos municípios (Conasems, 1988). Nos últimos quatro anos, essa organização passou a fazer parte da Rede Gandhi – entidade não-governamental formada de parceiros individuais e institucionais que buscam por ações concretas a paz – como âncora desta instituição, e, a partir de então, o tema da não-violência e da cultura da paz foi incluído na pauta de ação de vários municípios e de todos os congressos desse conselho, que reúne os mais de 5.500 secretários de Saúde do país.

Ainda em 1998, o Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho para assessorá-lo na formulação de uma Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências. Em maio de 2001, foi promulgada uma portaria do Ministério da Saúde oficializando o documento de definição da política (Brasil, 2001a), com desdobramentos em todas as áreas de atenção à saúde, informação em saúde, bem como nas linhas de prevenção. E, recentemente, em 2005, foi também promulgado um plano de ação setorial. Desses dois últimos dispositivos falaremos mais detalhadamente. Essa e as outras iniciativas dos órgãos públicos nasceram da pressão e articulação de movimentos sociais e internacionais e de intelectuais que passaram não só a evidenciar a magnitude do problema como a propor estratégias, em diferentes níveis, para reduzir ou superar a violência.

O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) (Brasil, 2001a), aprovado por portaria do Ministro da Saúde em maio de 2001, trata o tema em pauta, em primeiro lugar, como um problema social e histórico e o situa nos marcos da promoção da saúde e da qualidade de vida.

Quando trata seu propósito, a PNRMAV define os três princípios básicos que a norteiam: 1) a saúde como direito humano fundamental e essencial ao desenvolvimento social e econômico; 2) o direito e o respeito à vida como valores éticos da cultura e do setor saúde; e 3) a promoção da saúde como a base de todos os programas, projetos e

atividades de redução de violências e acidentes (Brasil, MS 2001a). É no mesmo sentido que são definidos os conceitos de "violência" e "acidentes", (uma vez que, tradicionalmente, esses dois termos vêm juntos na CID sobre causas externas).

A seguir, faz um diagnóstico geral do problema, das formas como ele afeta o setor saúde, e como este próprio setor, por ser parte da sociedade em que a violência está configurada, também a gera e a reproduz. Analisa as fontes de informação e documentação oficial, aceita sua importância e suas deficiências. No diagnóstico situacional, embora se referenciem dados aglomerados que dizem respeito ao Brasil como um todo, apresentam-se, detalhadamente, as varias formas de manifestação do problema (agressão física, abuso sexual, violência psicológica, omissões, violência interpessoal, institucional, social, no trabalho, política, estrutural, cultural, criminal e de resistência). Também distingue as formas como a violência incide em homens e mulheres e nas diversas faixas etárias.

Analisando esse texto oficial, observamos um processo crescente de tomada de consciência sobre o problema, deixando aberturas para novas inserções. Quando foi escrito, por exemplo, eram quase inexistentes os programas ministeriais que levavam em conta violência e discriminações por raça/etnia/cor e opção sexual (a não ser no tema específico da Aids), assim como para com a população portadora de necessidades especiais. Desta forma, a política nacional não trata especificamente desses assuntos, que, inquestionavelmente, devem ser incluídos na pauta.

O PNRMAV descreve e analisa também as várias leis, portarias, normas e dispositivos setoriais e intersetoriais que fazem interface e interagem com as informações do setor saúde e sua prática, como é o caso, em termos de legislação, do Código Nacional do Trânsito promulgado em 1997. Quanto aos dispositivos, o documento trata da declaração de óbitos, dos boletins de ocorrência policial, dos boletins de registro de acidentes de trânsito; da certidão de acidente de trabalho (CAT). E sobre os dados existentes, refere-se aos sistemas de informação do SUS para mortalidade (SIM), morbidade (SIH/SUS) e envenenamentos e intoxicações (Sinitox). No texto, constata-se a falta de um dispositivo nacional que sistematize e analise os acidentes de trânsito. O mesmo ocorre com as informações da área de segurança pública. As CAT, por sua vez, são insuficientes, pois apenas informam os dados dos acidentes e violência no trabalho para os que possuem carteira assinada.

Os princípios que fundamentam o documento de políticas são os mesmos que orientam o SUS: saúde como direito fundamental e como requisito para desenvolvimento social e econômico; direito ao respeito à vida como valor ético; promoção da saúde como fundamento de qualquer ação para redução da violência e acidentes. Esses princípios baseiam as diretrizes a serem seguidas nos planos nacionais, estaduais e municipais.

As diretrizes condizentes com os princípios assim se resumem: 1) promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis; 2) monitoramento da ocorrência de acidentes e violência; 3) sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; 4) incremento de uma forma de assistência multiprofissional às vítimas de violência e acidentes; 5) estruturação e consolidação dos serviços de recuperação e reabilitação;

6) investimento na capacitação de recursos humanos, em estudos e em pesquisas específicas, sobretudo nos assuntos que possam iluminar as práticas nos três níveis, principalmente, o local.

No texto da Política, estão distribuídas responsabilidades institucionais, tendo como critério a articulação intersetorial nos âmbitos dos governos federal, estaduais e municipais e com a sociedade civil, nas áreas de desenvolvimento urbano, justiça e segurança, trabalho, emprego e previdência social, transportes e ciência e tecnologia. Nele, refere-se, especificamente, o papel das universidades, recomendando que elas não fiquem alheias a este problema que atualmente afeta profundamente a sociedade brasileira. Propõe-lhes, nesse sentido, que promovam formação de recursos humanos para lidar com os problemas específicos de violência e atuem em pesquisas de caráter estratégico, para que haja impacto positivo sobre o problema tratado, a partir de diagnósticos cientificamente informados.

Por fim, consta do documento um capítulo dedicado ao tema do acompanhamento e da avaliação como forma de atuar na implantação e na implementação monitorada da política pública, sobretudo pelo fato de a violência ser um tema relativamente novo para o setor saúde. Esse monitoramento necessita ser encarado de forma muito diferente da tradicional na área nos processos de vigilância epidemiológica convencional. Sabiamente, o texto fala da necessidade de desenvolvimento de parâmetros, critérios e metodologias específicas; acompanhamento das experiências e avaliação periódica.

É preciso ressaltar que o PNRMAV foi escrito por uma equipe de especialistas de várias áreas (seguindo o critério de que a violência é um problema complexo, e qualquer atuação precisa ser desempenhada de forma intersetorial), junto com técnicos do Ministério da Saúde. Antes de ser promulgado, foi analisado em um abrangente seminário nacional com estudiosos, profissionais que atuam nos vários tipos e níveis de atendimento na área de saúde e membros da sociedade civil. Por isso, o documento configura uma produção coletiva.

Depois desse processo, a proposta foi encaminhada à Comissão Tripartite e aprovado por esta instância do SUS, que reúne os mais importantes representantes do Ministério da Saúde, os presidentes do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Em abril de 2001, o Conselho Nacional de Saúde confirmou o parecer da Tripartite, e, em maio, o texto foi aprovado oficialmente por meio da Portaria MS/GM n. 737, de 16/5/01, publicada no Diário Oficial n. 96, seção 1e, de 18/05/01.

Desde que a portaria do Ministério da Saúde foi promulgada, a partir do nível central do SUS, foi organizada a Área Técnica para Acidentes e Violências. Seu objetivo foi mobilizar, articular e pactuar ações integradas intra e intersetoriais, orientando parcerias técnicas, institucionais e financeiras para a estruturação de uma rede nacional de enfrentamento dessa questão. Foi construído um Programa de Redução de Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, com recursos do DPVAT (seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres). Foram incentivadas várias ações locais em estados e muni-

cípios, dentre elas, a implantação de um programa específico para coleta de dados, contemplando variáveis que não vinham sendo levadas em conta nos sistemas tradicionais. Também foram realizados, em 2002, quatro seminários macrorregionais sobre violência urbana e saúde pública, em uma parceria entre Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Congresso Nacional.

Um dos passos mais importantes, no entanto, foi a formulação do Plano de Ação, que teve sua construção iniciada em 2003 e sua implantação e implementação, em 2005. O processo de sua construção envolveu muitos atores governamentais e não-governamentais. Esse plano foi formalizado pela portaria 936 do Ministério da Saúde, de 18/05/2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em estados e municípios.

Para a formulação desse instrumento, inicialmente, foi feito um diagnóstico, por meio do qual, aliado a um indicador composto, o Ministério da Saúde estabeleceu um *ranking* dos municípios com mais de 100 mil habitantes, onde a situação de violência (configurada por taxas de mortalidade por homicídios, acidentes de trânsito e suicídio) fosse mais dramática.

Por contar com parcos recursos orçamentários para a execução do plano, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, onde o programa de redução de acidentes e violências está alocado e onde foram estabelecidos Núcleos de Prevenção, incluiu: 1) os 40 primeiros municípios do ranking (negativo) de causas externas, aqueles com as taxas mais elevadas; 2) os municípios onde vinham sendo desenvolvidas ações do Programa de Ação Integrada de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Nacional (Pair), 3) os municípios de fronteira, nos quais já vinham sendo realizadas ações integrais de prevenção da violência e promoção da saúde e 4) estados com mais de um município selecionado pelos critérios citados. Todos contam com fundos para a criação de Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, com objetivo específico de atuação (de acordo com um plano de ação local), de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de pesquisas, tendo seu funcionamento orientado por diretrizes do Ministério da Saúde.

Durante o ano de 2005, se deu a configuração dessas iniciativas, implementadas em 2006. Criaram-se também, como parte do plano, núcleos em universidades das distintas regiões do país, com missões diversas, de acordo com suas competências e com uma encomenda específica do Ministério da Saúde para cada uma: criação de redes, apoio na formação de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas, monitoramento da implantação dos núcleos de atuação e avaliação das ações de redução.

Atualmente já estão implantados 58 núcleos, sendo que 15 deles estão em universidades e centros de pesquisa. Essa iniciativa está, pois, em processo de implementação, e, certamente, serão necessários pelo menos de dois a três anos para que as atividades apresentem resultados.

Assinalamos, como relevante, um edital específico da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde em 2004, que, levando em conta as orientações do PNRMAV, passou a investir em pesquisas estratégias sobre a problemática. A proposição dos temas do edital foi precedida de um seminário que reuniu especialistas de todo o país, visando a estabelecer prioridades de investigação, correspondendo às amplas necessidades de conhecimento estratégico e básico. Os resultados dessa importante inflexão em nível nacional já estão à disposição do público em 2007, pois o edital selecionou projetos para serem realizados em dois anos, 2005-2006.

Em resumo, no período de 2001 a 2006, o Ministério da Saúde apresentou importante evolução na legitimação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001a): 1) a Portaria 1.968/2001 (Brasil, 2001b), que trata da notificação obrigatória pelos profissionais de saúde das situações de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes; 2) a Portaria 1.969/2001 (Brasil, 2001c), que dispõe sobre o registro e o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) nos casos de atendimento das causas externas; 3) as Portarias SAS/MS n. 969 (Brasil, 2001d) e 970/2002 (Brasil, 2002), que disponibilizam uma nova ficha de registro de entrada de pacientes no SUS, com a intenção de captar com mais qualidade os dados sobre os que sofreram acidentes e violência. São passos importantes, pois legitimam a atuação voltada para esse tema. No entanto, não são ações suficientes, pois esse aumento de 'normalização' pode redundar apenas em maior burocratização do problema, se ele não se torna centro de um debate público e um pólo dinamizador de ações.

Observamos avanços também em outras áreas do setor saúde a partir do ano 2001: a área de Saúde Mental passou a discutir a inserção do atendimento a mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência nos Centros de Apoio Psicossocial (Caps); o Programa de Saúde do Adolescente e do Jovem começou a apoiar atividades de protagonismo juvenil como prevenção da violência; os programas de Saúde do Idoso e do Portador de Deficiência inseriram a temática da violência em suas linhas de atuação. Em 2005, o Ministério da Saúde lançou várias normas técnicas como as que tratam sobre atendimento aos agravos decorrentes da violência sexual (Brasil, 2005c); sobre a anticoncepção de emergência nos casos de violência sexual contra mulheres e adolescentes (Brasil, 2005d) e sobre a atenção humanizada às situações da interrupção da gravidez previstas em lei (Brasil, 2005e). Em 2004, a Portaria GM/MS 2.406 disseminou a notificação compulsória da violência contra a mulher, de acordo com a lei 10.778/2003 (Brasil, 2003c) que estabelece essa forma de registro, e a lei 10.886/2004 (Brasil, 2004b), também chamada Lei Maria da Penha, que tipifica a violência doméstica. Mais recentemente, em 2006, o Ministério da Saúde lançou a 'matriz pedagógica' para formação de Redes de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (Brasil, 2006).

Ressaltamos que existe um grande número de experiências de prevenção da violência ocorrendo em todo o país, e algumas delas têm sido analisadas (Gomes et al., 2006; Ramos, 2006; Njaine et al., 2006). Todas são intersetoriais, articulam ações do estado e da

sociedade civil e contam com o apoio das universidades. Algumas intervenções, em que a questão da cidadania e o cuidado com os jovens são os focos, já mostram impacto na diminuição das taxas de homicídio em nível local, como é o caso das experiências ocorridas em Diadema, São Paulo, e em Belo Horizonte. No âmbito dos acidentes de trânsito, que matam cerca de 30 mil brasileiros por ano, as atividades com múltiplos focos e parceiros também evidenciam resultados positivos em municípios onde as taxas de óbito são altas, como é o caso de Recife, Curitiba, São Paulo, Belo Horizonte e Goiânia (Minayo & Souza, 2006).

Por fim, assinalamos que foi iniciado, em 2007, um curso a distância (Programa de Educação a Distância – EAD – da Ensp/Claves/Fiocruz, em convênio com o Ministério da Saúde) visando à formação, inicialmente, de quinhentos gestores e profissionais, para que elevem a qualidade das informações sobre violência e acidentes, sejam capazes de produzir diagnósticos locais e promovam ações de prevenção nos marcos da promoção da saúde. Com certeza, essa iniciativa, prevista para ter continuidade, significará um passo importante na socialização e na internalização do tema pelo setor.

Nossa intenção ao apresentar a trajetória do tema "violências e acidentes" na área de saúde foi mostrar as dificuldades de sua legitimação, sobretudo nas instâncias que dão diretrizes para a atuação do setor. A maioria dos entraves decorre das dificuldades que o setor, profundamente marcado pela racionalidade biomédica, tem de aceitar, em seu modelo e dinâmica, problemas complexos cuja tônica são questões da vida social e não doenças.

Freqüentemente ocorre-nos perguntar se morrem mais vítimas de Aids ou câncer do que de acidentes de trânsito ou homicídio. Nesta pergunta não vai uma valorização somente da quantidade – pois o número de pessoas que vão a óbito por essas doenças é muito menor do que as vitimadas por violência. Tampouco está em jogo uma oposição entre os que passam por grande sofrimento com enfermidades degenerativas ou incapacitantes e os que sofrem violência, mas o seguinte princípio ético: se todos morrem e todas as vidas são preciosas, o investimento nas várias áreas é importante e crucial.

Continuam sendo muito escassos os recursos (financeiros, de gestão, humanos e culturais) investidos na construção da complexa problemática da violência e na busca de soluções adequadas que devem ser desenvolvidas dentro do setor ou em colaboração com outros âmbitos, como é o caso da segurança pública.

Quisemos também valorizar o caminho já percorrido, do qual o estudo deste livro faz parte, na medida em que se dedica a investigar o que vem sendo implantado, realizado e seus avanços e contradições. A experiência mostra que, quando há ganhos e resultados positivos provenientes dos difíceis passos dados, as pessoas se dispõem a continuar com mais ânimo e coragem. Por isso, nos empenhamos em evidenciar os caminhos lentos e tortuosos pelos quais vai passando a inclusão do tema na pauta do setor. Há pelo menos três fatos que se constituem em símbolo dos resultados que vão sendo alcançados ao longo do processo. O primeiro é a construção coletiva e a promulgação da Política Nacional de Redução dos Acidentes e Violências, pois, ao que parece, o país é pioneiro em adotá-la.

O segundo é a elaboração de um plano nacional para aplicação da política, fundamentado em estudos e bases epidemiológicas. Igualmente, parece que o Brasil saiu na frente nessa ação planejada. E, em terceiro lugar, o documento denominado *Impacto da violência sobre a saúde dos brasileiros* (Souza & Minayo, 2005) atende a uma recomendação da OMS de que cada país promova o seu diagnóstico para fundamentar suas ações. A iniciativa brasileira é também pioneira.

Oxalá todos os esforços empreendidos para criar parâmetros e diretrizes, frutos de tantas vozes simultâneas clamando por qualidade de vida e sob o influxo de tantas mortes evitáveis, sejam acompanhados de ações setoriais e intersetoriais condizentes e necessárias. O setor Saúde, além da tradição de prevenção, tem a ótica do cuidado como *ethos*, no que se diferencia da práxis da segurança pública, que visa a reprimir crimes e contravenções. Essa tradição do cuidado e da prevenção pode fazer toda a diferença! É isso que buscaremos mostrar nas páginas deste livro.

2 | Escolhas, Alianças e Vivências na Dinâmica da Pesquisa

Suely Ferreira Delandes
Maria Cecília de Souza Minayo
Edinilsa Ramos de Souza
Cleber Nascimento do Carmo
Vanessa dos Reis de Souza

Pesquisar envolve primeiramente uma proposta de investigação que inclui referencial teórico metodológico, desenho estratégico e diversos procedimentos técnicos considerados adequados aos objetivos propostos. Envolve ainda sujeitos que emprestarão seus esforços, inteligência e criatividade para realizá-la conforme o previsto e também para re-adequar rumos quando necessário. Integra também um contexto histórico e institucional que dá contornos aos sucessos e aos obstáculos encontrados ao longo do percurso. Compromete outros agentes (indivíduos e instituições), cujos conhecimentos e vivências constituem importante parâmetro para balizar a qualidade do estudo. E é este o rumo traçado para este capítulo: tornar visível e compartilhar nossa trajetória de construção dos conhecimentos apresentados neste livro.

Esta pesquisa teve, como proposta geral, criar instrumentos de análise diagnóstica sobre a implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). Buscamos, na perspectiva da análise avaliativa, tomar como referência o processo de implantação da PNRMAV, especialmente a situação da atenção dispensada às vítimas de acidentes e violências na rede pública de saúde de diferentes capitais de representatividade regional.

Qualificando este objetivo geral, propomo-nos a realizar as seguintes ações de investigação: 1) descrever a organização dos serviços de atenção a acidentes e violências nas seguintes capitais: Rio de Janeiro, Recife, Brasília, Curitiba e Manaus; 2) analisar a situação dos serviços de atenção ao problema em pauta em cada uma dessas capitais evidenciando: a descrição do sistema, os pontos positivos, as lacunas e as necessidades de adequação para atender às diretrizes da Política Nacional; 3) propor uma metodologia de avaliação específica para esse tipo de serviço que pudesse ser generalizada e permitisse produzir comparações.

Conceito de análise diagnóstica

Tal como entendido nesta pesquisa, o conceito de análise diagnóstica se constitui numa forma de olhar compreensiva e interpretativa que permita dar conta, dos êxitos e das

dificuldades do sistema de saúde para atender à crescente demanda e às mudanças qualitativas das lesões e traumas provenientes das violências e acidentes; bem como de construir alternativas e possibilidades para o melhor desenvolvimento da gestão.

Entendemos que o termo diagnóstico não constitui um veredito que irá culpar ou absolver gestores e profissionais. Ele se configura como uma análise situacional que leva em conta as condições gerais de infra-estrutura, de planejamento e de apoio oferecido visando ao êxito das ações.

O termo análise diz respeito ao exame de cada parte de um todo, tendo em vista o conhecimento de sua natureza, de suas proporções e de suas relações. Associando a definição de diagnóstico à de análise, a expressão se refere à delimitação das causas (complexas) para prováveis efeitos. Diagnosticar passa a ser, então, buscar as causas (complexas) dos problemas para medir e compreender o sucesso e o insucesso de determinada ação.

Por sua vez, o processo diagnóstico vincula-se estreitamente ao mecanismo de retorno, tendo, portanto um caráter estratégico. Isso significa que este tipo de pesquisa está comprometido com respostas para o presente do sistema, buscando o aperfeiçoamento das ações a favor da população atendida. Não nos referimos, pois, ao tratar de um diagnóstico, de um fato pontual ou de um ato singular – a não ser que sua relevância aconselhe destacá-lo. Mas tratamos de um conjunto de fases que se condicionam mutuamente. Esse conjunto de fases ordena-se seqüencialmente (constitui um processo) e atua integradamente (conforma um sistema). Um diagnóstico, tal como o que aqui propomos, inclui a articulação dos processos, o encadeamento das seqüências, as transformações que vêm surgindo no sistema e os desafios para o futuro.

A teoria que fundamenta o estudo funciona como balizadora e apoio à compreensão do desenvolvimento das ações: dimensões do problema e respostas operacionais, interação de hierarquias, condições materiais e organizacionais de trabalho, iniciativas institucionais e individuais e institucionalização de inovações. Por isso toda a reflexão diagnóstica realizada busca apresentar uma visão crítica e reflexiva da ação, incluindo o diálogo com interlocutores que atuam nessa área e com a bibliografia pertinente. A imagem-objetivo desta proposta é construir uma metodologia de avaliação replicável, servindo, assim, de subsídio para o aprofundamento da necessária implantação da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências (Brasil, 2001a).

TRIANGULAÇÃO

Adotamos nesta investigação os princípios da triangulação de métodos, estratégia que visa: a) à combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; b) à tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada; c) à visão de vários informantes e d) ao emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação. Seu uso, na prática, permite interação, crítica intersubjetiva e comparação (Denzin, 1973; Minayo & Sanchez, 1993; Minayo et al., 2005).

Desta forma, integrando as abordagens quantitativas e qualitativas, em lugar de nos apoiarmos em um único marco referencial disciplinar, buscamos ampliar o espectro de contribuições teórico-metodológicas, de forma a perceber movimentos, estruturas, ação dos sujeitos, indicadores e relações entre micro e macrorrealidades.

Em seu desenho geral, esta investigação configura um estudo descritivo de corte transversal, complementado por uma abordagem qualitativa e compreensiva focalizando a produção de depoimentos que compreendem representações, discursos e relatos de práticas.

A pesquisa tem um caráter cooperativo, constituindo-se como um trabalho de parceria entre o Centro Latino-Americano de Estudo em Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp/Fiocruz), responsável pela coordenação geral, e vários centros de pesquisa dos municípios incluídos, responsáveis pela produção e análise dos dados locais. Os nossos parceiros são: o Departamento de Serviço Social da UNB-Brasília/DF; Núcleo de Estudos e Saúde Coletiva (Nesc) da Universidade Federal do Rio de Janeiro/RJ; Faculdade de Educação da Universidade Federal de Manaus/AM; Pontifícia Universidade Católica de Curitiba/PR e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco/PE.

O trabalho de caráter multicêntrico possibilitou a integração de profissionais e de equipes portadoras de formação e de experiências distintas. Cada equipe, liderada por um(a) pesquisador(a) sênior, foi também composta por jovens pesquisadores e estudantes universitários. Os diversos grupos envolveram médicos, psicólogos, fisioterapeutas, epidemiologistas, sociólogos, antropólogos, estatísticos, assistentes sociais e alunos de diversos cursos da área social e de saúde. Assim, a pesquisa e o ensino integraram-se na produção de dados e reflexões, permitindo trocas e aprimoramento profissional de todos.

Os desafios para realizar esta ampla articulação inter-regional se mostram no desenrolar da investigação: manter uma comunicação ágil e constante; alimentar a troca de experiências do dia-a-dia do trabalho de campo, permitindo que cada equipe aprendesse com os problemas e soluções umas das outras; dirimir dúvidas; compartilhar sugestões de mudanças dos instrumentos e das abordagens de campo; mediar conflitos locais ou ajudar a enfrentar impasses burocrático-institucionais que pudessem criar obstáculos ao trabalho.

A aliança com as equipes locais permitiu um ganho substancial à pesquisa. Todos os passos foram discutidos coletivamente, permitindo que a elaboração de instrumentos, estratégias de coleta de dados, informações e a análise pudessem se beneficiar de múltiplos olhares e de diversos pontos de vista. O exercício crítico-reflexivo se deu ao longo de todas as etapas do estudo, propiciando, na prática, a construção da triangulação.

ESCOLHA DAS CIDADES

Foram selecionadas quatro capitais, de cada região do país (Manaus, Recife, Rio de Janeiro e Curitiba), e o Distrito Federal.

A escolha destes municípios foi feita a partir de um estudo realizado por Souza et al. (2003) para o Ministério da Saúde. Essa pesquisa ordenou, por magnitude, os 224 municí-

pios do país com população acima de 100.000 habitantes, a partir de um índice sintético de violência que considerou o número de óbitos e as taxas de mortalidade por homicídio, acidente de transporte e suicídio, no ano de 2000.

Segundo esse índice, o Rio de Janeiro situou-se em 2º lugar; Recife em 3º; Brasília em 5º; Manaus em 13º e Curitiba, no 17º posto. Com exceção do Rio de Janeiro, todas as demais cidades foram as primeiras colocadas (em taxas de violência a partir do indicador composto) em suas respectivas regiões, sendo esse o critério definidor da sua escolha. No caso da região Sudeste, São Paulo foi a cidade com o mais elevado índice de violência. Mas optamos pelo Rio de Janeiro por razões de facilidade operacional e tendo em vista que as taxas não são muito diferentes nas duas cidades.

É importante esclarecer que, no caso de Brasília, o índice foi calculado inicialmente apenas para a cidade. Mas um estudo exploratório mostrou que seria importante envolver a realidade sociodemográfica e ambiental do Distrito Federal como um todo na análise, por causa da sua complexidade territorial e da oferta dos serviços de saúde que abrangem todo o entorno.

Nas tabelas 1 e 2, apresentam-se alguns dados em que se pode perceber a importância da mortalidade e da morbidade hospitalar das cinco áreas incluídas na pesquisa.

Tabela 1 – Taxas* de mortalidade por causas externas, homicídios e acidentes de transportes nas capitais envolvidas no estudo. Brasil – 1991 e 2000

Cidades e Brasil	Causas externas		Homicídios		Acidentes de transporte	
	1991	2000	1991	2000	1991	2000
Manaus	89,6	72,7	37,7	32,4	23,7	19,1
Recife	107,1	107,4	54,2	67,4	27,1	17,3
Brasília	91,0	77,8	30,5	33,5	37,7	25,5
Rio de Janeiro	113,0	95,3	28,2	49,5	18,7	15,6
Curitiba	83,1	74,0	11,8	21,1	35,7	26,8
Brasil	69,5	69,7	20,9	26,7	19,0	17,5

Fonte: SIM/Datasus.
* Taxas por 100.000 habitantes.

Conforme se pode observar na tabela 1, as taxas de mortalidade por causas externas em todas as cidades encontram-se acima das médias do país. O mesmo ocorre em relação às taxas de homicídio, exceto em Curitiba. É importante destacar o crescimento das taxas de mortes por homicídio no período e a queda das taxas de mortalidade por acidente de transporte em todas essas cidades. A inflexão decrescente das mortes no trânsito tem sido atribuída ao Código Nacional de Trânsito Brasileiro que passou a vigorar em 1998. Entretanto, Curitiba, Brasília e Manaus ainda apresentavam taxas mais altas que as do Brasil em 2000.

No que se refere à morbidade, constatamos que, no ano de 2000, as cinco cidades somaram 45.434 internações por causas externas, representando 6,5% das hospitalizações realizadas no país. Elas totalizaram 16.924 internações (14,8%) por acidentes de transporte e 2.449 (7,2%) por agressões (Souza et al., 2004).

Tabela 2 – Número absoluto de internações por causas externas, acidentes de transporte e agressões nas capitais envolvidas no estudo – 2000

Capitais do Brasil	Causas externas	Acidentes de transporte	Agressões
Manaus	6.452	915	937
Recife	5.661	470	09
Rio de Janeiro	17.522	12.821	609
Curitiba	7.677	682	305
Brasília	8.122	2.036	589
Brasil	693.961	114.395	34.132

Fonte: SIM/Datasus.

Como podemos concluir, do ponto de vista da morbimortalidade por acidentes e violência, verifica-se, nas capitais estudadas, elevado uso dos serviços de saúde para tratamento das lesões e traumas provocados por violências.

OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

A operacionalização dessa investigação foi construída em torno de quatro fases de trabalho, cada qual demandando esforços acadêmicos, logísticos e operacionais específicos. Cada fase agrega os diferentes ciclos de pesquisa (exploratório, de trabalho de campo, de análise e de divulgação dos dados), por vezes reiniciando novos ciclos ou agregando diferentes estágios em um mesmo corte temporal. Esta dinâmica viva do trabalho investigativo demandou intensa administração de fluxos de tempo, prazos e atividades. Além da análise diagnóstica, a elaboração e a testagem de indicadores para avaliação da implantação da PNRMAV nos municípios constituíram relevante objeto desta investigação.

A primeira etapa, de caráter exploratório, envolveu a consulta a especialistas e gestores dos setores pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação em cada cidade, o que teve a duração de dois meses. Foi realizado um total de 23 entrevistas, sendo cinco em Curitiba, seis em Brasília, cinco no Rio de Janeiro, três em Manaus e quatro em Recife. Buscamos sondar esses consultores sobre questões consideradas como relevantes em cada setor referente ao atendimento às vítimas de acidentes e violência. Além de somarmos seu conhecimento e experiência ao nosso trabalho, mapeamos suas impressões sobre a pesquisa e sobre os problemas julgados relevantes por eles em cada área, obviamente, sempre tendo o foco nos objetivos da investigação.

A análise destas entrevistas foi acompanhada da criação, pela equipe central, de grupos de estudos sobre as políticas e recomendações técnicas de cada setor de atendimento a traumas e violências (pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação). Essas jornadas de estudos produziram revisões sobre os padrões considerados essenciais à qualidade do atendimento às vítimas de acidentes e violências. Além da própria PNRMAV, as referências utilizadas foram as seguintes portarias e políticas ministeriais:

- Atendimento pré-hospitalar:

Portaria 1.828/GM, de 2 de setembro de 2004, que institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.

Portaria 2.420/GM, de 9 de novembro de 2004, que constitui o grupo técnico para avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde/SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.

Portaria 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Portaria 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro – Samu-192.

Portaria 2.072, de 30 de outubro de 2003, que institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.

Portaria 2.048, de 5 de novembro de 2002, que resolve: 1) aprovar o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; 2) determinar às secretarias de saúde a adoção das providências necessárias à implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, a organização das redes assistenciais, a organização/habilitação e cadastramento dos serviços de conformidade com o Regulamento Técnico e a designação do Coordenador do Sistema Estadual de Urgência e Emergência; 3) alterar o artigo 2º da Portaria 479, de 15 de abril de 1999, que estabelece os critérios para a classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergência, que passa a ter a redação dada pelo contido no Capítulo V do Regulamento Técnico desta Portaria; 4) determinar, à Secretaria de Assistência à Saúde, a adoção das providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no texto aprovado; 5) estabelecer o prazo de 2 (dois) anos para a adaptação dos serviços às normas e critérios estabelecidos pelo Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria e 6) esta Portaria revoga a Portaria 814 do GM/MS de 1 de junho de 2001.

▪ Atendimento hospitalar:

Portaria 466/SAS, de 4 de junho de 1998, que estabelece regulamento técnico para funcionamento de serviços de tratamento intensivo.

Portaria 479/GM, de 15 de abril de 1999, que cria mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências.

Portaria 2048/GM, de 5 de novembro de 2002, que aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de atendimento as urgências e emergências.

Portaria 2048/GM de 5 de novembro de 2002, que altera o artigo 2° da portaria 479.

Portaria 1167/GM, de 15 de junho de 2004, Política Nacional de Atenção em traumato-ortopedia.

Portaria 213/SAS, de 15 de junho de 2004, que define e dá atribuições aos serviços de assistência de alta complexidade em traumato-ortopedia.

▪ Atendimento de reabilitação:

Portaria 818/MS, de junho/2001, e Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.

O acervo de documentos subsidiou a elaboração de todos os instrumentos e também dos indicadores de acompanhamento da PNRMAV, propostos como resultado da pesquisa.

Apesar da importância da análise dos documentos oficiais para nossa pesquisa, devemos relativizar sua contribuição. Procuramos ao mesmo tempo valorizá-los e relativizá-los, por causa de seu teor necessariamente normativo. Os parâmetros dados por políticas e normas técnicas são fundamentais para uma análise de cunho avaliativo. Constitui-se mesmo e sem dúvida, como uma condição metodológica para sua realização. Faz parte da própria avaliação ser crítico quanto à adoção ou não de certos critérios e referências nacionais para a estrutura e organização da prestação de serviços que, por sua vez, organizam a oferta e permitem balizar a adequação e a qualidade da atenção dispensada.

Quando realizamos essa reflexão, geramos um confronto rico sobre a prática de gestão e possibilidades comparativas das várias localidades. Contudo, se os parâmetros contidos nos documentos oficiais forem considerados como medidas inflexíveis, cuja ausência seja decodificada como erro, fracasso ou incompetência, teremos como resultado uma análise engessada e desconhecedora das peculiaridades locais.

Sabemos que cada uma das cidades envolvidas no estudo tem uma história particular na construção do SUS, uma cultura de serviços e uma teia de relações institucionais que dão o contexto para a configuração da oferta e das condições de atendimento. É bem verdade que não tivemos tempo de buscar em profundidade esses conhecimentos peculiares e a valorização da memória coletiva sobre os processos, pois isso demandaria um investimento de ordem etnográfica e histórica que não nos cabia empreender. No entanto, tentamos um exercício dialógico ainda que imperfeito, o que, certamente, mesmo com muitas lacunas, permitiu-nos construir uma análise dos sistemas locais de atendimento.

Assim, dedicamos a segunda fase da pesquisa ao mapeamento da rede. Tornava-se necessária a demarcação de critérios para a seleção dos serviços. Por exemplo, as organizações governamentais que selecionamos e analisamos são vinculadas ao SUS (conveniadas ou da rede própria) e realizam atendimento reconhecido pelos gestores de saúde da cidade como regular e rotineiramente ofertado. Dada a extensão das redes de assistência à saúde em cada cidade, foram excluídos os serviços que atendem à demanda de violências e acidentes apenas eventualmente. Esse foi o caso da maioria das unidades de saúde da família, das unidades básicas e demais serviços com vocação de atendimento clínico ou cirúrgico em geral, não incluindo o objeto desta avaliação.

No caso das organizações não-governamentais (ONGs), foram selecionadas apenas as que se dedicam à provisão de cuidados de saúde (atendimento terapêutico, psicossocial etc.) às vítimas de acidentes ou violências e a seus familiares.

O instrumento construído, sob a forma de um questionário (Anexo 2), objetivou a identificação das unidades existentes em cada cidade (organizações não-governamentais/ ONG e organizações governamentais/OG) que realizam atendimento às vítimas de acidentes e violências, contendo: 1) identificação da unidade; 2) caracterização das atividades de atendimento e 3) descrição da estrutura existente (equipe, instalações físicas e recursos financeiros). Apresentado na forma de um questionário com 23 questões abertas e fechadas, este instrumento foi submetido, em seminário para este fim, à reflexão e à crítica dos pesquisadores responsáveis pelo estudo nas cidades selecionadas e da equipe do Claves. Nessa reunião, discutimos todos os itens a serem pesquisados, foram feitos ajustes no instrumento e no processo organizativo do trabalho e pactuamos uma forma padronizada de abordagem em cada serviço.

De modo geral, o trabalho de campo, nessa segunda etapa, foi realizado em quatro meses. Envolveu muito investimento e presença dos pesquisadores nos locais de prestação dos serviços de saúde, para preenchimento de questionário e caracterização das atividades e programas. Ao chegar à unidade, o pesquisador apresentava a proposta e as cartas de aprovação e autorização das secretarias de Saúde e dos comitês de ética. Como era de se esperar, a entrada em campo foi mais difícil quando o pesquisador tinha poucos contatos nas redes do setor.

Na maioria das vezes, foi preciso recorrer a funcionários de vários setores da unidade para que o questionário fosse preenchido devidamente, pois uma única pessoa dificilmente detinha todas as informações requeridas. Isso era mais vital e necessário quando a instituição e o serviço de atenção a vítimas de violências e traumas eram de grande porte. Em virtude de tal fato, o questionário era deixado na unidade para ser preenchido posteriormente, o que nem sempre acontecia, já que os profissionais, freqüentemente, alegavam falta de tempo, estar em férias, ou simplesmente perdiam o instrumento. Todos os questionários preenchidos foram revistos pela equipe de pesquisa local e os dados faltantes foram complementados por telefone ou por e-mail.

Ao término da segunda fase, haviam sido incluídos no levantamento, visando ao aprofundamento posterior, 18 serviços em Manaus, 34 em Recife, 24 no Distrito Federal, 29 no Rio de Janeiro e 19 em Curitiba.

Poucas unidades se recusaram a participar do estudo, mas este foi o caso de uma unidade hospitalar de referência em Brasília (Hospital Sara Kubitschek).

A inexistência de registros de atendimentos às vítimas de acidentes e violências ou sua elaboração manual e a fragmentação da organização dos serviços dificultou a obtenção de informações mais precisas sobre estatísticas de atendimento e em relação ao número de profissionais disponíveis.

Parte das dificuldades mencionadas pelas equipes locais de pesquisa se devia à novidade do tema, no caso a avaliação da implantação da PNRMAV. O desconhecimento da forma de organização da rede de saúde pelas equipes locais e mesmo a sua grande extensão e dispersão geográfica foram situações observadas principalmente no Distrito Federal e no Rio de Janeiro. Um agravante para a realização de qualquer pesquisa que demanda o levantamento de dados em campo é quando esta etapa coincide com momentos de crise do grupo ou instituição. Isso aconteceu no estudo do setor saúde do Rio de Janeiro, pois ele coincidiu com a intervenção federal no sistema municipal, incidente intitulado na mídia como "a crise da saúde no Rio".

A própria experiência da realidade de violência foi parte do trabalho de campo, prejudicando o andamento dos trabalhos, pois um pesquisador do Rio de Janeiro foi roubado, tendo sido levado seu carro com os questionários preenchidos, o que demandou reaplicação do instrumento em diversos locais que já haviam sido pesquisados. Consideramos que as condições de sua realização fazem parte do processo, dos resultados e da objetivação de uma pesquisa.

Enquanto o trabalho de campo transcorria nas cidades, a equipe central elaborou os instrumentos que seriam empregados na terceira fase. Foram construídos três questionários específicos, um para o setor pré-hospitalar, outro para o setor hospitalar e outro ainda para reabilitação (anexos 3, 4 e 5). Esses instrumentos visavam a conhecer o atendimento prestado em cada nível.

Após a conclusão da elaboração dos novos roteiros (qualitativos) e dos questionários (quantitativos) e com o término da coleta de dados nas cidades, foi realizado um seminário com todas as equipes (setembro de 2005) com intuito de trocar experiências, apresentar os primeiros resultados encontrados e, principalmente, analisar coletivamente a proposta dos novos instrumentos.

O fechamento da segunda fase culminou com a apresentação de relatório de progresso de pesquisa e dos resultados da primeira parte do trabalho campo em cada cidade. Todos os principais dados de caracterização das unidades que atendem vítimas de acidentes e violências nas cinco cidades encontram-se apresentados no capítulo 6.

A terceira fase se iniciou em novembro de 2005 com a elaboração e publicação de um artigo apresentando os dados preliminares da pesquisa (Deslandes et al., 2006). Paralelo a

este esforço de síntese inicial, todas as unidades selecionadas foram visitadas para a nova fase de coleta de dados. Os instrumentos, tal qual ocorreu na fase anterior, foram respondidos pelo gerente de cada unidade ou por um profissional delegado por ele como sendo o mais adequado para prestar as informações previstas.

Os questionários foram estruturados em três blocos de questões, um primeiro de identificação do serviço; um segundo caracterizando a estrutura existente; e um terceiro, sobre a organização do serviço.

O instrumento aplicado aos serviços que prestam atendimento pré-hospitalar ficou constituído por 26 questões: 1) uma destinada à identificação; 2) três voltadas para a caracterização da estrutura, versando sobre o número total de atendimentos por acidentes e violências, realizados nos anos de 2004 e primeiro semestre de 2005, equipamentos e pessoal disponíveis; 3) 22 questões sobre a organização do serviço, investigando mecanismos de transferência e transporte de pacientes, mecanismos de integração e suporte para laboratório de radiologia e de patologia clínica, e de articulação com a Central de Regulação. Desse bloco também constaram perguntas sobre: a) rotinas e protocolos de atendimento às vítimas de acidentes e violências; b) capacitação dos profissionais e c) foi solicitado aos entrevistados que dessem notas em relação a itens empregados no cotidiano da assistência e necessários a um bom atendimento. Por fim foram incluídas informações sobre d) indicadores do atendimento pré-hospitalar móvel e e) algumas questões sobre o registro do atendimento.

Do questionário destinado aos serviços do nível hospitalar constaram 27 questões: 1) três de identificação; 2) quatro sobre a estrutura; 3) 20 sobre a organização do serviço. No que se refere à estrutura, foram investigados (a) os números de leitos (do hospital, de urgência e emergência, adultos, pediátricos e de retaguarda), (b) os atendimentos realizados especificados por acidentes e violências e (c) os recursos tecnológicos e de pessoal disponíveis para o atendimento. No tocante à organização foram solicitadas informações sobre: (d) mecanismos de transferência de pacientes; (e) de suporte laboratorial e (f) de articulação do serviço com a Central e Regulação. O questionário ainda apresentou questões sobre (g) rotinas de atendimento aos acidentes e violências, (h) capacitação dos profissionais e (i) registro do atendimento (sistematização, uso da CID-10 e dos dados para o planejamento das ações, integração do banco de dados, capacitação de pessoal para o registro e a notificação de casos de violência contra criança/adolescente e mulher). Os gestores e os profissionais dos serviços hospitalares também foram solicitados a: (j) atribuírem notas sobre vários itens do atendimento e (l) responder se o serviço oferece suporte adequado e suficiente às famílias e aos praticantes de acidentes e violências.

O questionário destinado aos serviços de reabilitação foi composto por 18 questões: 1) duas de identificação, 2) seis de estrutura e 3) dez sobre organização do serviço. No bloco referente à estrutura, investigamos (a) o número de leitos e de atendimentos realizados em geral e por acidentes de violências, (b) se o serviço dispõe de recursos tecnológicos adequados e suficientes, (c) qual a equipe disponível e as suas competências em termos de

órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Ainda neste bloco de questões foi solicitada: (d) a atribuição de notas sobre vários itens do atendimento (órteses, próteses e outros meios de locomoção, variedade e continuidade de abastecimento de medicamentos, de insumos básicos e de equipamentos para apoio de reabilitação). No bloco seguinte, referente à organização do serviço foram pesquisados: (e) mecanismos de transferência de pacientes e de articulação do serviço com outros, e (f) de suporte para apoio laboratorial. Também foi avaliada: (g) a presença de rotinas e protocolos de atendimento às vítimas de acidentes e violências acessíveis aos profissionais. Foram pesquisados (h) o registro e a sistematização dos dados de atendimento, (i) o planejamento das ações a partir desses dados e (j) a existência de pessoal capacitado para isto. Por fim, avaliamos, (l) através de notas atribuídas pelos gestores, alguns itens do atendimento (comunicação com outros serviços, transporte de pacientes, instalações físicas, especialização da equipe, registros do atendimento e fluxos de referência e contra-referência). Também perguntamos sobre (m) o tempo decorrido entre a lesão e a busca do tratamento, (n) o agendamento da primeira consulta e (o) a permanência do paciente em tratamento. Finalmente, indagamos sobre: (p) a adequação e a suficiência do serviço quanto à preparação para a alta, ao oferecimento de atendimento domiciliar e acompanhamento pós-alta e ao suporte e convívio social e familiar e (q) a oferta de informações sobre direitos das pessoas portadoras de deficiências.

Foram também elaborados roteiros de entrevistas semi-estruturadas destinadas aos seguintes gestores (anexos de 6 a 11): 1) responsável pela coordenação do Comitê Gestor ou responsável pela Rede Pactuada de Atendimento às Emergências; 2) Coordenador/ Diretor do Samu/GSE/Siate; 3) responsável pela administração dos hospitais de emergência; 4) coordenador do Núcleo de Educação em Urgências ou responsável por função equivalente; 5) diretor do Hospital responsável pelo maior número de atendimento às vítimas de acidentes e violências; 6) responsável pelo atendimento de reabilitação no município. Buscamos com esses roteiros compreender a ótica dos gestores sobre a situação de cada cidade no que concerne ao atendimento das vítimas de acidentes e violências, ao cumprimento das diretrizes da PNMAV e aos demais parâmetros de qualidade de atendimento preconizados nas políticas e portarias mais importantes para cada um desses três setores de atenção. Essa elaboração consumiu três meses de trabalho.

Nesta fase da nova coleta de dados, buscamos observar se alguma unidade oferecia mais de uma modalidade de atendimento. Por exemplo, se um hospital possuía uma emergência e também um ambulatório especializado no acompanhamento de vítimas de violências intrafamiliares. Nesse caso, dois ou mais instrumentos diferentes foram preenchidos. Isso explica a diferença entre o menor número de unidades de saúde caracterizadas no capítulo 6 e o dos serviços atuantes, descritos ao longo do capítulo 7.

Neste trabalho de campo, as equipes locais realizaram as entrevistas qualitativas e aplicaram os questionários referentes a cada um dos níveis de atendimento (tabela 3). A lista nominal de todos os serviços envolvidos nesta fase da pesquisa encontra-se no Anexo 12. Os mecanismos desenvolvidos para o trabalho de coleta dos dados foram mais simplifica-

dos, uma vez que os locais já eram conhecidos por meio das atividades realizadas na segunda etapa e os profissionais já estavam informados e sensibilizados para o estudo. A proposta da terceira etapa era aprofundar o conhecimento e a avaliação por meio da qualificação do atendimento fornecido.

Tabela 3 – Distribuição dos serviços pesquisados em cada município, segundo nível do atendimento

Locais	Pré-hospitalar	Hospitalar	Reabilitação	Total
Manaus	8	7	3	18
Recife	10	10	6	26
Distrito Federal	21	15	8	44
Rio de Janeiro	10	16	1	27
Curitiba	8	5	2	15
Total	57	53	20	130

Realizamos também entrevistas qualitativas, envolvendo 32 gestores (7 em Manaus, 6 em Recife, 6 no Distrito Federal, 7 no Rio de Janeiro e 6 em Curitiba). Todo o trabalho de campo da fase três demandou sete meses de investimento das equipes.

Esta fase foi importante para o ajuste das unidades de serviços que deveriam concretamente ser incluídos no estudo. Assim, algumas foram excluídas em Recife, outras foram acrescentadas em Curitiba e o universo da pesquisa, anteriormente restrito a Brasília, ampliou-se para diversas regiões administrativas do Distrito Federal. Assim, foi decidido que as atividades de campo integrassem as regiões de Gama, Taguatinga, Brazilândia, Sobradinho, Planaltina, Paranoá, Núcleo Bandeirante, Ceilândia, Guará, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Recanto das Emas, Riacho Fundo e Candangolândia, aplicando-lhes o questionário de levantamento apropriado para a fase 2, a fim de que o banco de dados ficasse completo para todo o Distrito Federal.

No Rio de Janeiro, foi decidido que, quando a equipe visitasse novamente os serviços situados na Zona Oeste para aplicação dos questionários da terceira fase, seriam reaplicados os questionários da segunda fase que haviam sido roubados. No entanto, em dois hospitais (um municipal e outro estadual) foi preenchido apenas o instrumento da fase 3.

Como na segunda etapa, todos os dados colhidos em campo na fase 3 foram tabulados e digitados. Também foi realizada a crítica dos bancos pela equipe central da pesquisa (Claves). Esses bancos, já em Excel, foram analisados conforme as variáveis dos questionários (estrutura e organização do serviço) e de acordo com os níveis de atendimento (pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação). As informações foram processadas e transformadas em tabelas e gráficos contendo freqüências simples e relativas. Enviamos as análises preliminares a cada coordenador, a fim de que todos tivessem os dados organizados e classificados e a partir deles, elaborassem o relatório final da

pesquisa. Esse material consta de um CD-Rom disponibilizado para cada município e para o Distrito Federal.

Ao término desse processo, realizamos mais um seminário interno com a equipe central e com os pesquisadores de cada cidade parceira. Mais uma vez, trocamos experiências de campo, compartilhamos decisões e alterações. Nessa ocasião também foi pactuado um modelo comum a ser seguido na organização do relatório final de cada cidade. A elaboração dos relatórios locais envolveu, em média, quatro meses.

A quarta fase da pesquisa foi dedicada à análise crítica e à busca de aumentar a qualidade dos dados e a validade das interpretações produzidas passo a passo. Nesse movimento, todos os relatórios locais foram debatidos pelos profissionais de estatística, epidemiologia e ciências sociais do Claves e reenviados às equipes locais a fim de que se ajustassem as informações e a forma de apresentação das mesmas. Essas equipes, por sua vez, novamente refletiram sobre as observações e sugestões, realizando um exercício de autocrítica, mas também de autonomia acadêmica, incorporando as observações consideradas pertinentes.

Quando a segunda versão dos relatórios estava concluída, foram marcadas reuniões com os gestores de cada cidade para apresentação dos resultados da pesquisa. Nesses encontros, ocorridos entre novembro e dezembro de 2006, houve um rico e produtivo debate sobre as informações, sugestões e diagnósticos elaborados. Esse momento permitiu não somente um ganho de maior confiabilidade ao estudo, mas esperamos também ter contribuído para sensibilizar os gestores em relação aos problemas e sugestões apontados nos relatórios locais.

A partir daí, os relatórios finais das cidades serviram de base para a construção de uma análise transversal, incluindo ainda, como matéria de consulta e exame, todos os acervos originais (banco de entrevistas e dos dados das unidades) de cada cidade.

A análise qualitativa ateve-se a buscar interação entre os conteúdos manifestos e à inferência de conteúdos latentes dos depoimentos e anotações de campo. As entrevistas foram processadas a partir de leitura temática. A seguir, os trechos pertinentes foram codificados, identificando os argumentos, significados e relatos de práticas relevantes aos objetivos do trabalho. Partimos do pressuposto de que o campo representacional é importante para a compreensão dos conceitos, valores e comportamentos existentes, mas também repleto é de ambigüidades e contradições. Essa rica tensão entre as diversas versões e práticas deu-nos parâmetros para reconhecermos um certo estado da consciência social e das ações desse campo de atuação (em nosso caso, a implantação da PNRMAV e a atenção às vítimas de acidentes e violências).

Com a análise quantitativa dos dados, buscamos mapear os indicadores sociodemográficos e econômicos (área, densidade demográfica, estrutura populacional, divisões territoriais internas, renda, escolaridade, habitação e saneamento, entre outros). Também foram analisados dados relativos à mortalidade e à morbidade por causas externas buscando construir o perfil epidemiológico de cada local estudado quanto a esses eventos.

Em relação à mortalidade foram analisados dados de 2000 a 2004, a partir do Sistema Informações sobre Mortalidade (capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão – CID-10) e em relação à morbidade as informações foram extraídas do Sistema de Informações sobre Internações Hospitalares para o ano de 2004, considerando-se os capítulos XIX e XX da CID-10 (www.datasus.gov.br).

Tanto os dados de mortalidade como os de morbidade por causas externas em geral e causas externas específicas de cada município foram analisados em termos de números absolutos, proporções e taxas, segundo sexos e faixas etárias.

No panorama das causas externas foram também incluídas análises de dados do Departamento Nacional de Trânsito (Denatran) – <www.denatran.gov.br> – relativos às vítimas fatais e não fatais dos acidentes de trânsito, no ano de 2002, segundo variáveis de sexo, faixa etária, tipo do acidente e período do dia de sua ocorrência.

INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DE MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença até o cálculo de índices mais sofisticado.

Algumas características importantes dos indicadores são sua mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificarem o investimento de tempo e recursos).

É desejável que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde.

Se forem gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde constituem subsídio fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Além disso, são instrumentos importantes para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades de saúde da população.

Neste estudo, indicadores na área de violência foram criados objetivando o auxilio aos municípios na avaliação e monitoramento do grau de implantação da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências.

A construção destes indicadores tomou como referência central as diretrizes da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências, especialmente aquelas concernentes ao atendimento prestado às vítimas na rede pública de saúde.

Como já dito, após estudos e revisões sobre as principais Portarias que regulam as três modalidades de assistência (pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação), identificamos os indicadores referentes a equipamentos, infra-estrutura, organização do atendimento e recursos humanos. Assim, a elaboração desses instrumentos foi concomitante à criação dos questio-

nários, já incluindo nesses últimos, as variáveis de interesse para compor os indicadores. Os dados das entrevistas também serviram de base para alguns indicadores qualitativos.

Inicialmente construímos 92 indicadores que pudessem dimensionar o grau de implantação nos municípios das principais diretrizes que integram a Política Nacional. Os mesmos foram elaborados para cada eixo da política, agregando o bloco 1 para o atendimento às vítimas de acidentes e violências (pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação) e o bloco 2 com os demais quesitos da Política: a) promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; b) monitoramento da ocorrência de acidentes e violência; c) capacitação de recursos humanos; d) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas).

Também foram incorporados alguns indicadores já utilizados de forma corrente na avaliação e monitoramento da qualidade do atendimento prestado à área do pré-hospitalar móvel.

Após a primeira submissão aos coordenadores e equipes de cada cidade, os 92 indicadores foram discutidos e selecionamos 74.

Diante de um conjunto tão grande, tínhamos ainda duas tarefas: a de recorte e a de validação. Assim, os indicadores foram submetidos a vários especialistas em todo o país visando a pactuar um número razoável e com conteúdo o mais adequado possível. Isto foi feito por meio da técnica Delphi, que permite conhecer a opinião de especialistas sobre determinado problema em relação a: sua dimensão, a definição de objetivos e prioridades em sua solução, e inclusive quanto à previsão do futuro (Varela, 1991).

O processo preconizado pela técnica Delphi segue o seguinte percurso: envio de questionário a um conjunto de especialistas; elaboração de outro instrumento a partir das respostas dos especialistas; novo envio para que se pronunciem sobre seu grau de acordo com cada afirmação conseguida. Sucessivamente tais etapas são realizadas até que alcancemos consenso (Varela, 1991; Jones & Hunter, 1995).

Em nosso estudo essas etapas foram realizadas da seguinte forma:

1. Envio dos questionários contendo todos os indicadores propostos (Anexo 13). Nesse instrumento os indicadores estavam dispostos por modalidade de atendimento (pré-hospitalar, hospitalar, reabilitação e demais diretrizes) e por função (por ex. "avaliar a organização dos serviços" etc). Solicitamos ao especialista que assinalasse se considerava cada indicador como imprescindível, necessário ou dispensável. A seguir lhe era requerido que declarasse a certeza com que respondia cada item, numa escala de 0 a 100%.

2. Análise das respostas, já separando os indicadores que obtiveram consenso. Arbitramos que o ponto de corte seria uma aprovação de 60% ou mais. Esta escolha por não colocar um escore muito alto se deveu à novidade da temática de avaliação com a qual estávamos trabalhando. Desta forma foram selecionados 38 indicadores. Nessa rodada, todos os que não obtiveram o percentual de consenso foram transcritos para um novo questionário. Nesse segundo instrumento (Anexo 14), cada especialista

foi novamente consultado sobre a importância dos indicadores, recebendo a informação dos percentuais obtidos no grupo e a resposta que tinha dado inicialmente. Perguntávamos então se ele mantinha ou alterava sua decisão inicial. Vejamos o exemplo:

Proporção de unidades que possuem mecanismos próprios ou integração com outros serviços para suporte, durante todo o horário de atendimento da unidade, para laboratório de radiologia e de patologia clínica.

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (55,8%)	Necessário (38,5%)	Dispensável (5,8%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, Você, agora, consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor justifique o motivo:		

Após a segunda consulta, os questionários foram mais uma vez analisados e 22 novos indicadores obtiveram o consenso.

Logo, com esta técnica 60 indicadores obtiveram consenso e ganharam legitimidade para serem utilizados por gestores que queiram avaliar, em seus municípios, a implantação da PNRMAV em seu município. Os indicadores (blocos 1 e 2) selecionados na primeira e na segunda fase de consulta, bem como seus percentuais de aprovação podem ser observados no capítulo 3, onde toda a técnica e o processo de elaboração estão detalhados.

3 | O Processo de Construção dos Indicadores para Avaliação da PNRMAV

Suely Ferreira Deslandes
Edinilsa Ramos de Souza
Andréia Ferreira de Oliveira
Cleber Nascimento do Carmo

OS INDICADORES E SUAS FONTES

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos (de determinada doença, por exemplo) até o cálculo de índices mais sofisticados.

Algumas características importantes dos indicadores são sua mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos).

É desejável que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde.

Se gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde constituem ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Além disso, são instrumentos importantes para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades de saúde da população (Opas, 2002).

Neste estudo, indicadores na área de violência foram criados objetivando o auxilio aos municípios na avaliação e monitoramento do grau de implantação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços prestados às vítimas de acidentes e violências em nosso país.

A construção dos indicadores neste trabalho foi principalmente baseada nas principais diretrizes da PNRMAV (Brasil, 2001a):

1. Promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis; capacitação de recursos humanos; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

2. Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;

3. Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;

4. Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências;

5. Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação.

Um grupo de trabalho foi criado para realizar um levantamento das principais portarias e normas que regulamentassem o atendimento às vítimas de acidentes e violências na área do pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação. Realizou-se uma busca bibliográfica na biblioteca do Ministério da Saúde (BVS) e diversas portarias foram identificadas. Assim, foram criados alguns indicadores complementares à PNRMAV.

Os indicadores complementares para o atendimento pré-hospitalar (Portaria 1863 29/9/2003, 1.864 29/9/2004, 2.048 5/11/2002), hospitalar (Portaria 479/GM 15/4/1999, 2048/GM 5/11/2002, 466/SAS 4/6/1998, 1167/GM 15/6/2004, 213/SAS 15/6/2004) e Reabilitação (Portaria 818/MS junho/2001 e Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (Brasil, 2003).

Também foram incorporados aqueles indicadores que já eram utilizados na avaliação e monitoramento da qualidade do atendimento prestado as vítimas de acidentes e violências, principalmente aqueles referentes à área do pré-hospitalar móvel.

Os instrumentos de coleta dos dados na área do pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação foram então elaborados com base na regulamentação vigente do Ministério da Saúde e suas variáveis comporiam nossos indicadores. Alguns indicadores foram construídos utilizando também os dados qualitativos da pesquisa.

Foram construídos inicialmente 92 indicadores a fim de analisar o grau de implantação nos municípios das principais diretrizes que integram a Política Nacional. Os mesmos foram elaborados para cada eixo da política, agregando o bloco 1 para o atendimento às vítimas de acidentes e violências (pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação) e o bloco 2 com os demais quesitos da Política (a) Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; (b) Monitorização da ocorrência de acidentes e violência; (c) Capacitação de recursos humanos; (d) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas).

Os indicadores propostos foram criados segundo os tipos de serviços existentes dentro de cada grande área, incorporando os parâmetros estabelecidos nas diversas portarias referentes a equipamentos, infra-estrutura e recursos humanos, por exemplo.

Após a primeira submissão aos coordenadores e equipes de cada cidade, os 92 indicadores foram discutidos e selecionados 74.

BLOCO I - PRINCIPAIS DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS E OS PRINCIPAIS INDICADORES SELECIONADOS

Os indicadores criados dentro deste bloco referem-se às diretrizes de sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e

intersetorial às vítimas de acidentes e violências (hospitalar) e estruturação e consolidação do atendimento voltado a recuperação e reabilitação.

Pré-Hospitalar

Os serviços que compõem a área do pré-hospitalar são divididos em pré-hospitalar fixo (unidade do Programa Saúde da Família, unidade do Programa Agentes Comunitários de Saúde, unidade de atenção básica ampliada, unidade não hospitalar (P.S./atendimento 24 horas), ambulatório especializado, serviço de diagnóstico e terapia) e móvel (Samu, Siate, GSE).

Os serviços pré-hospitalares fixos são responsáveis pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados, com baixa gravidade/complexidade, de sua área de cobertura ou adscrição.

Já o serviço pré-hospitalar móvel (Atendimento Móvel de Urgência/Samu 192) é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências. Objetiva chegar precocemente à vítima com problema de saúde de natureza clínica, cirúrgica, psiquiátrica e traumática (intoxicação, trauma, queimadura, maus-tratos, tentativas de suicídio, acidentes com vítima, choque elétrico, acidentes com produtos perigosos), prestando-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

A construção dos indicadores para o atendimento pré-hospitalar foi fundamentada nas portarias discriminadas a seguir:

– 1.828/GM, de 2 de setembro de 2004, que institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional;

– 2.420/GM, de 9 de novembro de 2004, que constitui o grupo técnico para avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde/SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita;

– 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão;

– 1.864/GM, de 29 de setembro de 2004, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todos o território brasileiro: SAMU-192;

– 2.072/GM, de 30 de outubro de 2003, que institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências;

– 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, que: (1) aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; (2) determina às secretarias de saúde a adoção das providências necessárias à implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência

e Emergência, a organização das redes assistenciais, a organização/habilitação e cadastramento dos serviços de conformidade com o Regulamento Técnico e a designação do Coordenador do Sistema Estadual de Urgência e Emergência; (3) altera o artigo 2º da Portaria 479, de 15 de abril de 1999, que estabelece os critérios para a classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergência, que passa a ter a redação dada pelo contido no Capítulo V do Regulamento Técnico desta Portaria; (4) determina à Secretaria de Assistência à Saúde, a adoção das providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no texto aprovado; (5) estabelece o prazo de 2 (dois) anos para a adaptação dos serviços às normas e critérios estabelecidos pelo Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria.

Os indicadores criados dentro da área pré-hospitalar avaliaram os seguintes aspectos:

- organização e implantação dos serviços pré-hospitalares;
- integração destes serviços com o atendimento de emergência hospitalar através de centrais de regulação médica;
- articulação do atendimento do setor saúde com áreas jurídicas e de segurança;
- oferta de atividades voltadas para a re-educação dos agressores;
- notificação de maus-tratos de idosos por parte do profissional de saúde nos serviços que atendem às vítimas de acidentes e violências;
- padronização de equipamentos e de veículos para o transporte de vítimas;
- presença de Mapeamento das áreas de risco no atendimento às vítimas de acidentes e violências;
- existência de planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar para fluxos maciços de vítimas

Hospitalar

Para o adequado atendimento às vítimas de acidentes e violências, a Política Nacional preconiza que a rede de serviços do SUS deva se organizar de forma a diagnosticar a violência e acidentes entre usuários e acolher as demandas, prestando uma atenção digna, de qualidade e resolutiva.

Inicialmente, os serviços que prestam atendimento hospitalar foram classificados em Hospitais Gerais, Centro de Referência (principalmente na área de traumato-ortopedia) e Unidades Hospitalares de Referência tipos I, II e III. Porém, observarmos que a maioria das unidades de saúde não sabia sua classificação. Optamos então por classificar as unidades hospitalares em dois tipos: hospitais gerais e de referência.

Os indicadores na área hospitalar foram elaborados utilizando as seguintes portarias:

Portaria 479/GM, de 15/04/1999 – Cria mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências.

Portaria 2048/GM, de 5/11/2002 – Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de atendimento as urgências e emergências.

Portaria 466/SAS, de 04/6/1998 – Proposta de portaria estabelecendo regulamento técnico para funcionamento de serviços de tratamento intensivo.

Portaria 1167/GM, de 15/06/2004 – Política Nacional de Atenção em traumato-ortopedia.

Portaria 2048/GM, de 5/11/02 – Altera o artigo 2° da portaria 479.

Portaria 213/SAS, de 15/6/2004 – Define e dá atribuições aos serviços de assistência de alta complexidade em traumato-ortopedia.

Os indicadores propostos abordaram os seguintes aspectos:

- articulação do atendimento do setor saúde com áreas jurídicas e de segurança;
- assistência às vítimas de acidentes e violências integrando atividades desenvolvidas pelos PSF e Pacs;
- presença de normas de atendimento às vítimas de acidentes e violências para padronização de condutas, racionalização do atendimento e redução dos custos;
- oferta e adequação de leitos de terapia intensiva (adulto e pediátrica);
- criação de serviços de referência para atendimento de casos de abuso sexual e de suas famílias;
- presença de atendimento ao aborto legal nos serviços de atendimento;
- capacitação dos profissionais para o atendimento as intoxicações (especialmente decorrentes de agrotóxicos);
- existência de articulação intersetorial para melhor atendimento às vítimas;
- estruturação e organização dos serviços de atendimento hospitalar.

Reabilitação

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências sugere a estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e reabilitação, considerando como condição *sine qua non* a elaboração de normas para este tipo de atendimento e o aparelhamento das unidades de saúde para este fim.

Em junho de 2001, a Portaria do Ministério da Saúde, número 818, cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física.

Esta Portaria define os três níveis de assistência à reabilitação física (primário, intermediário e de referência). Em todos os níveis estão incluídas as competências para prescrição, avaliação, adequação treinamento, acompanhamento e dispensação de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção, preparação para alta, convívio social e familiar além de orientação e suporte às equipes de Saúde da Família.

Os serviços de reabilitação física no primeiro nível são subordinados tecnicamente a um serviço de nível intermediário, desenvolvendo atendimento individual e em grupo, prevenção de seqüelas e incapacidades secundárias, estimulação neuropsicomotora, orientação familiar. Já os serviços de referência em medicina física e reabilitação visam à assistência intensiva daqueles referenciados por outros serviços.

Os indicadores criados na área de reabilitação contemplavam aspectos relacionados:

- as ações direcionadas aos pacientes e suas famílias;
- a oferta de atendimento multiprofissional aos portadores de deficiência;
- a provisão de recursos de reabilitação tais como órteses, próteses e meios de locomoção;
- a produção de diagnóstico epidemiológico dos portadores de seqüelas;
- a estruturação e organização dos serviços que prestam atendimento de reabilitação.

BLOCO II - PRINCIPAIS DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS E OS PRINCIPAIS INDICADORES SELECIONADOS

Alguns indicadores para este bloco foram selecionados com base nas entrevistas realizadas com os gestores das unidades de saúde (análise qualitativa) e outros foram sugeridos sem serem testados, pois apesar de não serem mensurados nos instrumentos da pesquisa, se constituíam em indicadores importantes para a avaliação do grau de implantação da Política Nacional nos municípios.

Promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis

Os indicadores criados para esta diretriz da Política Nacional dizem respeito a ampla mobilização da sociedade e mídia quanto a importância dos acidentes e violências; a importância da divulgação de materiais educativos destinados à população, profissionais de saúde e de educação e a recuperação, apoio e informação às vítimas de acidentes e violências e suas famílias.

Monitorização da ocorrência de acidentes e violência

Quanto a monitorização da ocorrência de acidentes e violência, foram criados indicadores que avaliam:

- a promoção de registro contínuo e padronizado das informações visando a elaboração de estratégias de intervenção oportunas acerca dos acidentes e violências;
- o estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto de acidentes e violências no setor saúde;
- a sensibilização dos gestores dos IML sobre a importância dos dados deste setor, incluindo as capacitações para médicos;
- a elaboração de normas para padronização de fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar (com perfil do paciente, tipos de lesões, causas e acidentes de trabalho).

Capacitação de Recursos Humanos

A capacitação de recursos humanos é fundamental para o êxito das ações que venham a ser implementadas nesta área. Foram criados indicadores que avaliam a oferta de capacitação por parte dos gestores para a melhoria da qualidade de registro sobre acidentes e violências e os que avaliam a capacitação de profissionais para atuarem na prevenção de acidentes e na promoção de ambientes saudáveis.

Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas na área de violência

O desenvolvimento de estudos e pesquisas referentes aos vários aspectos relacionados aos acidentes e violências é medida essencial para que o tema seja efetivamente abordado como problema de saúde pública relevante. A integração dos municípios com instituições de pesquisa foi avaliada através da construção de um indicador.

TÉCNICA DELPHI PARA A PRODUÇÃO DE CONSENSO DOS INDICADORES

Objetivando a realização dos ajustes teóricos e metodológicos necessários, foi realizada uma análise preliminar para avaliação da adequação dos indicadores criados aos dados provenientes da pesquisa. Alguns indicadores foram excluídos nesta etapa, pois não possuíam um bom poder discriminatório (percentual de adequação de 100% em algumas unidades). Outros foram 'flexibilizados', ou seja, o ponto de corte para avaliação do percentual de adequação foi alterado uma vez que poucas unidades atendiam ao critério 'stricto' (unidades que raramente possuíam todos os equipamentos preconizados para os PS 24h, serviços de diagnóstico e terapia, por exemplo).

Visando a analisar os 74 indicadores criados quanto a sua viabilidade e relevância, foram consultados vários especialistas (100 profissionais):

- os coordenadores dos 58 Núcleos da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde;
- representantes do Ministério da Saúde;

- membros da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas);
- integrantes de instituições universitárias;
- representantes das secretarias de Saúde (Rio de Janeiro, Curitiba, Manaus, Recife e Distrito Federal).

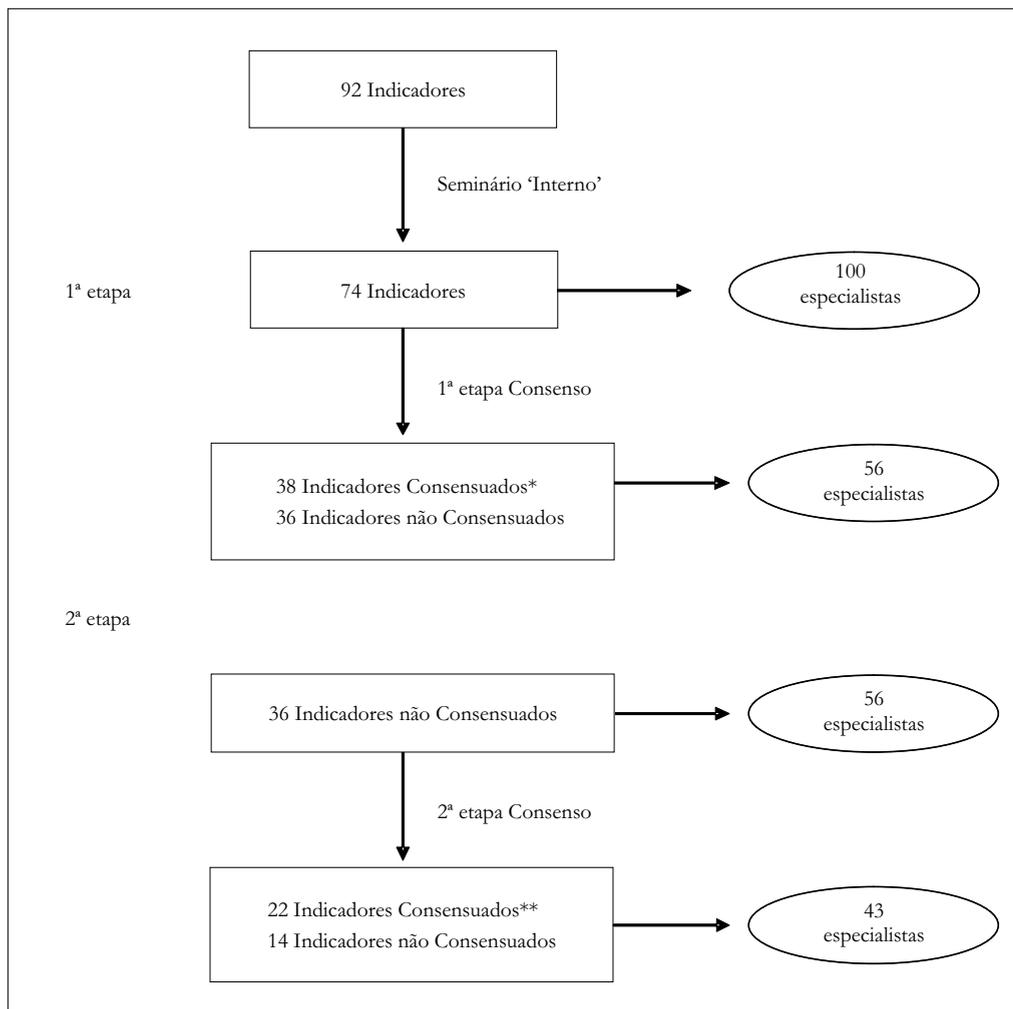
Segundo Wright & Giovinazzo (2000), o método Delphi foi desenvolvido inicialmente na empresa norte-americana Rand Corporation, na década de 50, e tinha como objetivo obter consenso de especialistas sobre previsões tecnológicas. A idéia do método é consultar diversos especialistas por meio de questionários em rodadas sucessivas, buscando cumulativamente o consenso sobre um tema relativamente complexo ou em área de conhecimento ainda não consolidada (Santos et al., 2005). Em todas essas rodadas, os especialistas têm a oportunidade de conhecer as respostas dos seus pares (porém, com garantia de anonimato para todos os participantes), podendo rever suas opiniões ao longo das rodadas. Acredita-se que isto favoreça a convergência e a obtenção de consenso sobre as questões tratadas.

Na presente pesquisa, a realização do método se deu através de duas rodadas de questionários. Na 1ª etapa, a equipe de pesquisa montou o questionário e repassou aos especialistas – que os responderam individualmente, justificando e qualificando suas respostas com base nas categorias (a) indispensável, (b) necessário e (c) dispensável. Neste momento, foram 100 especialistas consultados, porém apenas 56 retornaram as respostas.

As perguntas contidas nos questionários foram todas "fechadas", ou seja, todas as opções de resposta estavam previstas. Cada indicador oferecia também uma escala de grau de certeza, que variava de 0% a 100%, para que os especialistas julgassem com que 'grau de confiança' julgavam a importância de cada indicador. Em todas as questões, esses graus de certeza ficaram em torno de 100%; o que, em princípio, demonstrava o alto nível de conhecimento dos especialistas sobre as questões levantadas.

Os resultados foram analisados segundo a proporção de consenso alcançada. Para fins operacionais, definiu-se que o indicador estaria consensuado se obtivesse uma proporção de respostas em uma mesma categoria igual ou superior a 60%.

Os indicadores que não obtiveram consenso (n=36) foram devolvidos aos participantes da seguinte forma: todos os especialistas que participaram da primeira fase (n = 56) receberam o mesmo instrumento, contendo suas respostas originais e a comparação com o percentual das respostas dadas pelo grupo (especialistas de todo o Brasil) para cada item (2ª etapa). Dessa maneira, cada participante poderia mudar ou não sua resposta diante da comparação com o comportamento observado nas respostas do grupo. Ainda foi disponibilizado um espaço para que justificassem (opcional) suas respostas. Nesta 2ª etapa, 22 indicadores foram consensuados e 14 não. Dos 56 especialistas, apenas 43 retornaram suas respostas, o que correspondeu a uma perda de aproximadamente 23% (n = 13) (Figura 1).

Figura 1 – Número de indicadores consensuados segundo etapas da técnica Seminário 'Interno'

Delphi. Número de especialistas participantes em cada etapa.
* 35 indicadores foram considerados imprescindíveis e 3 necessários.
** 17 indicadores foram considerados imprescindíveis e 5 necessários.

No quadro 1, apresentam-se as instituições a que pertencem os especialistas (n=43), que participaram da 1ª e 2ª etapas do processo de consenso dos indicadores.

Quadro 1 – Instituições que participaram da 1ª e 2ª etapa para consenso dos indicadores na área de Acidentes e Violência – 2006

Instituições
Núcleos de Prevenção a Acidentes e Violências
Núcleo municipal Vila Velha ES
Núcleo municipal: Departamento de Epidemiologia de Boa Vista-RR
Núcleo municipal: Núcleo de Prevenção da Violência/Causas Externas e Promoção da Saúde de Vitória/ES
Núcleo municipal de Niterói – RJ
Núcleo municipal: Campo Grande – MS
Núcleo municipal: Olinda – PE
Núcleo municipal: Corumbá – MS
Núcleo municipal: Nova Iguaçu – RJ
Núcleo municipal: Escola de Saúde da Família - Sobral – CE
Núcleo municipal Cuiabá – MT
Núcleo municipal: Cariacica – ES
Núcleo municipal: SMS de Guarulhos
Núcleo municipal: Goiânia – GO
Núcleo de Estudos de Violência da Universidade de Pernambuco
Núcleo municipal: Instituto Promundo – RJ
Núcleo acadêmico – RJ-IPAS
Núcleo estadual e municipal do Rio de Janeiro
Núcleo municipal de Curitiba
Núcleo municipal de Osasco
Núcleo estadual da Paraíba
Núcleo municipal: SMS Diadema – SP
Núcleo municipal de Rio Branco – AC
Núcleo municipal de Petrópolis – RJ
Núcleo estadual Mato Grosso do Sul
Núcleo acadêmico: Faculdade de saúde da USP - CEPEDOC CIDADES SAUDÁVEIS
Núcleo estadual de São Paulo
Núcleo estadual SES – Brasília
Núcleo municipal: Itaquaquecetuba – SP
Núcleo municipal Natal – RN
Núcleo acadêmico – Escola de Saúde Pública do Ceará
Núcleo municipal: Belford Roxo – RJ
Núcleo municipal de Embu das Artes – SP
Núcleo municipal SMS de Porto Alegre – RS
Gestores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde
Gestor Municipal do RJ
Gestor do MS - Coordenação Geral de Urgência e Emergência – CGUE
Gestor Municipal do Rio de Janeiro – Gestor do GSE-Corpo de Bombeiros
Gestor Municipal de Recife
Gestor Municipal de Manaus
Gestor Núcleo Acadêmico Faculdade de Saúde Pública USP
Gestor Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências – NEPAV – SES/DF
Gestor Municipal Brasília
Gestor do Núcleo Acadêmico Universidade do Estado do Amazonas – UEA
Gestor Municipal de Curitiba

RESULTADOS

Na tabela 4, apresentam-se os 38 indicadores consensuados na 1ª etapa da rodada dos indicadores. Os mesmos foram divididos segundo as diretrizes da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências: bloco 1 (Pré-Hospitalar, Hospitalar e Reabilitação) e bloco 2.

O maior percentual de consenso entre os especialistas ocorreu para o indicador: Existência de linha 192 funcionando (85,7%). O limite de concordância (60%) foi observado para dois indicadores: Proporção de unidades que possuem sala de reanimação e estabilização e proporção de unidades que oferecem de forma adequada e suficiente, preparação para alta, suporte para convívio social e familiar, informações sobre direitos das pessoas portadoras de deficiências.

Tabela 4 – Indicadores consensuados na 1ª etapa

Indicadores consensuados	Classificação do indicador segundo especialistas	% concordância
PRÉ-HOSPITALAR		
Proporção de unidades que atendem crianças e adolescentes e notificam sistematicamente casos confirmados ou suspeitos de violência contra estes grupos	Imprescindível	85,2%
Proporção de unidades que possuem articulação com rede hospitalar através da central de regulação ou com rede pactuada do município	Imprescindível	68,5%
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes dos Centros de Defesa de Direitos	Necessário	63%
Proporção de unidades que realizam a notificação de casos confirmados e suspeita de maus-tratos de idosos	Imprescindível	75,5%
Proporção de unidades que possuem mecanismos próprios ou integração com a rede de serviços para transferência e transporte de pacientes	Imprescindível	69,1%
Proporção de unidades que possuem Sala de reanimação e estabilização	Imprescindível	60%
Proporção de Unidades móveis adequadas em relação aos recursos humanos disponíveis	Imprescindível	63,6%
Existência da linha 192 funcionando ou equivalente	Imprescindível	85,7%
Existência da central de regulação implantada	Imprescindível	67,9%
Tempo médio de resposta total do serviço de unidade móvel	Imprescindível	71,4%
Existência da maioria dos medicamentos e equipamentos preconizados nas unidades móveis	Imprescindível	69,1%

Tabela 4 – Indicadores consensuados na 1ª etapa (cont.)

Indicadores consensuados	Classificação do indicador segundo especialistas	% concordância
HOSPITALAR		
Proporção de unidades que notificam sistematicamente casos de violência contra criança e adolescente	Imprescindível	79,6%
Proporção de unidades que possuem rotinas/protocolos de atendimento às vítimas de acidentes e violência acessíveis aos profissionais	Imprescindível	65,5%
Proporção de unidades que possuem UTI	Imprescindível	65,5%
Proporção de unidades com UTI adequada aos requisitos básicos	Imprescindível	72,7%
Proporção de unidades que possuem atendimento de referência para casos de abuso sexual	Imprescindível	77,8%
Existe o serviço de referência para orientação e tratamento às intoxicações e animais peçonhentos	Imprescindível	67,3%
Proporção de hospitais gerais com número mínimo de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	Imprescindível	66,7%
Proporção de hospitais de referência para o atendimento às vítimas de acidentes e violências com número mínimo de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	Imprescindível	77,8%
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articuladas com outros serviços para realização de transferência e transporte de pacientes	Imprescindível	61,8%
Proporção de hospitais com recursos tecnológicos (mínimos e indispensáveis) adequados e suficientes	Imprescindível	65,5%
Taxa de mortalidade hospitalar da emergência	Imprescindível	70,4%
REABILITAÇÃO		
Proporção de unidades que oferecem de forma adequada e suficiente, preparação para alta, suporte para convívio social e familiar, informações sobre direitos das pessoas portadoras de deficiências	Necessário	60%
Proporção de unidades que registram o atendimento segundo a causa de agravo/lesão	Imprescindível	63,6%
Proporção de unidades intermediárias que realizam atendimento em grupo, avaliação médica, clínica e funcional	Necessário	65,5%
Proporção de serviços de referência que possuem recursos tecnológicos adequados para o atendimento em reabilitação as vítimas de acidentes e violências	Imprescindível	63,6%

Tabela 4 – Indicadores consensuados na 1ª etapa (cont.)

Indicadores consensuados	Classificação do indicador segundo especialistas	% concordância
BLOCO 2		
Existência, no município, de campanhas de mobilização social para prevenção de acidentes e violências	Imprescindível	67,3%
Existência, no município, de articulação das secretarias de saúde com os conselhos municipais de direitos, conselhos tutelares, etc.	Imprescindível	65,5%
Existência, no município, de campanhas de abrangência municipal para prevenção de acidentes de trânsito	Imprescindível	70,9%
Existência, no município, de campanhas de abrangência municipal para prevenção de violência contra a mulher	Imprescindível	69,1%
Existência, no município, de campanhas de abrangência municipal para prevenção de violência contra idosos	Imprescindível	67,3%
Proporção de unidades que realizam reabilitação física e/ou emocional, acompanhamento psicossocial, reinserção da criança e adolescente na família, orientação sobre direitos, distribuição de material informativo, aconselhamento familiar/terapia casal e família, atendimento social/psicológico/psicossocial	Imprescindível	61,8%
Proporção de unidades que possuem registros sobre os atendimentos às pessoas em situação de acidentes/violências	Imprescindível	72,7%
Proporção de unidades que realizam o registro do atendimento aos acidentes/violências classificados de acordo com CID 10	Imprescindível	67,3%
Existência, no município, de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto de acidentes e violências no setor saúde	Imprescindível	61,1%
Existência, no município, de capacitação para médicos dos IML a fim de qualificar os dados sobre acidentes e violências	Imprescindível	60%
Proporção de unidades que possuem fichas padronizadas de notificação de casos de violência contra a criança e adolescente	Imprescindível	72,7%
Proporção de unidades com pessoal capacitado para registro e sistematização da informação	Imprescindível	69,1%

Os indicadores que não obtiveram consenso entre os especialistas foram para a 2ª etapa (tabela 5). Observou-se que alguns tiveram um percentual próximo ao consenso, mas, por serem inferiores a 60%, não foram classificados como tal. São eles: Proporção de unidades primárias que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento (59,3%), Proporção de unidades com pessoal capacitado para atuarem na prevenção de acidentes e na promoção de ambientes saudáveis (58,2%), Proporção de unidades que encaminha e recebe pacientes da Delegacia Comum, Delegacia de Proteção a Criança e ao Adolescente, Delegacia de atendimento à Mulher e Delegacia de atendimento ao Idoso (58,2%), Proporção de unidades que encaminha e recebe pacientes do Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude (58,2%), Proporção de serviços de referência que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento (58,2%).

Para o indicador: Proporção de unidades que desenvolvem ações e meios de atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências do tipo: Reabilitação física, Suporte social, Visita domiciliar, Acompanhamento psicológico, Grupo de pais, Grupo de crianças/adolescentes/jovens/mulheres/idosos, Oficinas de prevenção à violência, Distribuição material educativo sobre proteção/prevenção à violência, Palestras observa-se que 49,1% dos especialistas classificaram-no como imprescindível e necessário. Algo similar pôde ser observado para o indicador: Existência, no município,da aplicação do DPVAT na prevenção dos acidentes de trânsito, com a mesma proporção de respostas (47,3%) para as classificações "imprescindível" e "necessário".

Tabela 5 – Indicadores não consensuados na 1ª etapa e que foram para 2ª etapa

Indicadores não consensuados	Classificação do indicador segundo especialistas	% concordância
PRÉ-HOSPITALAR		
Proporção de unidades que possuem mecanismos próprios ou integração com outros serviços para suporte, durante todo o horário de atendimento da unidade, para laboratório de radiologia e de patologia clínica	Imprescindível	55,6%
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes da Delegacia Comum, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher e Delegacia de Atendimento ao Idoso	Necessário	49,1%
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes do Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude	Imprescindível	49,1%
Proporção de unidades que possuem atendimento de reeducação aos agressores	Necessário	43,6%
Proporção de unidades que possuem Sala para sutura, Sala para curativos contaminados e Sala de inaloterapia/medicação	Imprescindível	52,7%
Proporção de unidades que possuem Farmácia, Almoxarifado, Sala de expurgo/lavagem de material, Central de material esterilizado, Rouparia, Necrotério	Necessário	43,6%

Tabela 5 – Indicadores não consensuados na 1ª etapa e que foram para 2ª etapa (cont.)

Indicadores não consensuados	Classificação do indicador segundo especialistas	% concordância
Proporção de unidades que possuem a maioria dos medicamentos e equipamentos preconizados nas unidades não hospitalares/unidades 24 horas	Imprescindível	54,7%
Proporção de unidades que possuem profissionais que receberam capacitação em ATLS	Imprescindível	52,8%
Proporção de unidades que possuem profissionais que receberam capacitação por núcleos de educação em urgências	Necessário	55,6%
Proporção de unidades não hospitalares/unidades 24 horas/serviço de diagnóstico terapia e ambulatório especializado adequadas em relação aos recursos humanos disponíveis	Imprescindível	47,3%
Proporção de unidades que possuem Sala de recepção e espera, Sala de arquivo de prontuário, Sala de triagem de risco, Consultórios médicos	Necessário	40%
Existência de ambulância do tipo B ou C ou D	Imprescindível	52,7%
Existência de mapas de risco na central de regulação	Necessário	55,4%
Existência de planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar para fluxos maciços de vítimas	Necessário	50%
HOSPITALAR		
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes da Delegacia Comum, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de atendimento à Mulher e Delegacia de atendimento ao Idoso	Necessário	58,2%
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes oriundos de unidade básica de saúde e PSF	Necessário	50,9%
Proporção de unidades que possuem atendimento ao aborto legal	Imprescindível	49,1%
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes do Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude	Imprescindível	58,2%
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articuladas com outros serviços para suporte ininterrupto para laboratório de radiologia e patologia clínica	Imprescindível	56,4%
REABILITAÇÃO		
Proporção de unidades que desenvolvem ações e meios de atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências do tipo: Reabilitação física, Suporte social, Visita domiciliar, Acompanhamento psicológico, Grupo de pais, Grupo de crianças/adolescentes/jovens/mulheres/idosos, Oficinas de prevenção à violência, Distribuição material educativo sobre proteção/prevenção à violência, Palestras	Imprescindível Necessário	49,1% 49,1%
Proporção de unidades primárias que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	Imprescindível	59,3%
Proporção de unidades intermediárias que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	Imprescindível	47,3%
Proporção de serviços de referência que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	Imprescindível	58,2%
Proporção de unidades que avaliam, prescrevem, treinam, acompanham e dispensam órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	Necessário	50,9%

Tabela 5 – Indicadores não consensuados na 1ª etapa e que foram para 2ª etapa (cont.)

Indicadores não consensuados	Classificação do indicador segundo especialistas	% concordância
Proporção de unidades com abastecimento regular de órteses/próteses e meios auxiliares de locomoção	Necessário	47,3%
Proporção de unidades primárias que realizam atendimento em grupo, prevenção de seqüelas e incapacidades secundárias, estimulação neuropsicomotora, orientação familiar	Necessário	56,4%
Proporção de serviços de referência que realizam 10 das 13 atividades principais propostas para seu nível de complexidade	Imprescindível	54,5%
Proporção de unidades primárias e intermediárias que possuem recursos tecnológicos adequados para o atendimento em reabilitação as vítimas de acidentes e violências	Necessário	52,7%
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para transferência e transporte de pacientes	Imprescindível	54,5%
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para suporte para laboratório de radiologia e patologia clínica	Imprescindível	47,3%
BLOCO 2		
Existência, no município, da aplicação do DPVAT na prevenção dos acidentes de trânsito	Imprescindível Necessário	47,3% 47,3%
Proporção de unidades que fazem distribuição de material educativo sobre proteção/prevenção à violência	Imprescindível	50,9%
Proporção de unidades que realizam alguma ação de prevenção aos acidentes/violências	Imprescindível	54,5%
Proporção de unidades que fazem análise sistemática dos registros	Imprescindível	50,9%
Proporção de unidades com pessoal capacitado para atuarem na prevenção de acidentes e na promoção de ambientes saudáveis	Imprescindível	58,2%
Existência, no município, de pesquisas em parcerias com os municípios	Necessário	47,2%

Na tabela 6, apresentam-se, finalmente, os indicadores que obtiveram consenso na segunda etapa.

Tabela 6 – Indicadores consensuados na 2ª etapa

Indicadores consensuados	Classificação do indicador segundo especialistas	% concordância
PRÉ-HOSPITALAR		
Proporção de unidades que possuem mecanismos próprios ou integração com outros serviços para suporte, durante todo o horário de atendimento da unidade, para laboratório de radiologia e de patologia clínica	Imprescindível	68,3%
Proporção de unidades que possuem Sala para sutura, Sala para curativos contaminados e Sala de inaloterapia/medicação	Imprescindível	81,6%
Proporção de unidades que possuem a maioria dos medicamentos e equipamentos preconizados nas unidades não hospitalares/unidades 24 horas	Imprescindível	82,9%
Proporção de unidades que possuem profissionais que receberam capacitação em ATLS	Imprescindível	73,2%
Existência de ambulância do tipo B ou C ou D	Imprescindível	66,7%
Existência de mapas de risco na central de regulação	Necessário	65,1%
HOSPITALAR		
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes da Delegacia Comum, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher e Delegacia de Atendimento ao Idoso	Necessário	60%
Proporção de unidades que possuem atendimento ao aborto legal	Imprescindível	60%
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes do Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude	Imprescindível	73,8%
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articuladas com outros serviços para suporte ininterrupto para laboratório de radiologia e patologia clínica	Imprescindível	78%
REABILITAÇÃO		
Proporção de unidades primárias que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	Imprescindível	69%
Proporção de serviços de referência que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	Imprescindível	78,6%
Proporção de unidades primárias que realizam atendimento em grupo, prevenção de seqüelas e incapacidades secundárias, estimulação neuropsicomotora, orientação familiar	Necessário	80%

Tabela 6 – Indicadores consensuados na 2ª etapa (cont.)

Indicadores consensuados	Classificação do indicador segundo especialistas	% concordância
Proporção de serviços de referência que realizam 10 das 13 atividades principais propostas para seu nível de complexidade	Imprescindível	66,7%
Proporção de unidades primárias e intermediárias que possuem recursos tecnológicos adequados para o atendimento em reabilitação as vítimas de acidentes e violências	Necessário	61%
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para transferência e transporte de pacientes	Imprescindível	73,2%
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para suporte para laboratório de radiologia e patologia clínica	Imprescindível	61%
BLOCO 2		
Proporção de unidades que realizam alguma ação de prevenção aos acidentes/violências	Imprescindível	78,6%
Proporção de unidades que fazem análise sistemática dos registros	Imprescindível	66,7%
Existência, no município, de capacitação para médicos dos IML a fim de qualificar os dados sobre acidentes e violências	Imprescindível	83,3%
Proporção de unidades com pessoal capacitado para atuarem na prevenção de acidentes e na promoção de ambientes saudáveis	Imprescindível	78%
Existência, no município, de pesquisas em parcerias com os Municípios	Necessário	64,3%

Além da análise descritiva, optou-se pela utilização da estatística Kappa (Streiner & Norman, 1995), para mensurar a concordância das respostas dos especialistas para os 36 indicadores que não foram consensuados na 1ª etapa. No presente caso, como se trata de concordância para variáveis ordinais, estimou-se o Kappa ponderado, com ponderação quadrática. Para classificação das concordâncias foram considerados os critérios de Landis e Kock (1977): a) quase perfeita: 0,80 a 1,00; b) substancial: 0,60 a 0,80; c) moderada: 0,40 a 0,60; d) regular: 0,20 a 0,40; e) discreta: 0 a 0,20 e e) pobre: -1,00 a 0. Adicionalmente, Fleiss (1981) comenta que, para a maioria dos casos, valores maiores ou iguais que 0,75 indicam uma excelente concordância, valores iguais ou inferiores a 0,40 indicam uma concordância pobre e valores entre 0,40 e 0,75 indicam uma concordância razoável.

De maneira geral, pode-se dizer que as respostas mostraram-se estáveis, com concordância razoável para a maioria das respostas (n=27). Cinco indicadores tiveram concordância excelente e quatro tiveram concordância classificada como pobre, segundo o critério de

classificação de Fleiss (1981). Destaque merece ser dado aos resultados encontrados para os indicadores: "Proporção de serviços de referência que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento" e "Proporção de unidades que possuem atendimento ao aborto legal", o primeiro por apresentar o menor valor de concordância entre todos os indicadores analisados (0,19) demonstrando alta divergência entre os especialistas sobre essa resposta; e o segundo, por sua vez, como sendo o de maior concordância. No quadro 2, a seguir, apresentam-se os resultados de concordância encontrados para cada indicador, segundo a classificação sugerida por Fleiss (1981).

Quadro 2 – Concordância das respostas dos indicadores não-consensuados na 1ª etapa e que foram para 2ª etapa

Indicadores não consensuados	Valor de Kappa com ponderação quadrática	Classificação, segundo Fleiss (1981)
PRÉ-HOSPITALAR		
Proporção de unidades que possuem mecanismos próprios ou integração com outros serviços para suporte, durante todo o horário de atendimento da unidade, para laboratório de radiologia e de patologia clínica	0,65	Razoável
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes da Delegacia Comum, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher e Delegacia de Atendimento ao Idoso	0,76	Excelente
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes do Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude	0,78	Excelente
Proporção de unidades que possuem atendimento de re-educação aos agressores	0,64	Razoável
Proporção de unidades que possuem Sala para sutura, Sala para curativos contaminados e Sala de inaloterapia/medicação	0,71	Excelente
Proporção de unidades que possuem Farmácia, Almoxarifado, Sala de expurgo/lavagem de material, Central de material esterilizado, Rouparia, Necrotério	0,61	Razoável
Proporção de unidades que possuem a maioria dos medicamentos e equipamentos preconizados nas unidades não hospitalares/unidades 24 horas	0,32	Pobre
Proporção de unidades que possuem profissionais que receberam capacitação em ATLS	0,53	Razoável
Proporção de unidades que possuem profissionais que receberam capacitação por núcleos de educação em urgências	0,45	Razoável
Proporção de unidades não hospitalares/unidades 24 horas/serviço de diagnóstico terapia e ambulatório especializado adequadas em relação aos recursos humanos disponíveis	0,65	Razoável

Quadro 2 – Concordância das respostas dos indicadores não-consensuados na 1ª etapa e que foram para 2ª etapa (cont.)

Indicadores não consensuados	Valor de Kappa com ponderação quadrática	Classificação, segundo Fleiss (1981)
Proporção de unidades que possuem Sala de recepção e espera, Sala de arquivo de prontuário, Sala de triagem de risco, Consultórios médicos	0,65	Razoável
Existência de ambulância do tipo B ou C ou D	0,47	Razoável
Existência de mapas de risco na central de regulação	0,48	Razoável
Existência de planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar para fluxos maciços de vítimas	0,38	Pobre
HOSPITALAR		
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes da Delegacia Comum, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher e Delegacia de Atendimento ao Idoso	0,64	Razoável
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes oriundos de unidade básica de saúde e PSF	0,66	Razoável
Proporção de unidades que possuem atendimento ao aborto legal	0,87	Excelente
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes do Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude	0,69	Razoável
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articuladas com outros serviços para suporte ininterrupto para laboratório de radiologia e patologia clínica	0,42	Razoável
REABILITAÇÃO		
Proporção de unidades que desenvolvem ações e meios de atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências do tipo: Reabilitação física, Suporte social, Visita domiciliar, Acompanhamento psicológico, Grupo de pais, Grupo de crianças/adolescentes/jovens/mulheres/idosos, Oficinas de prevenção à violência, Distribuição material educativo sobre proteção/prevenção à violência, Palestras	0,6	Razoável
Proporção de unidades primárias que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	0,69	Razoável
Proporção de unidades intermediárias que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	0,67	Razoável
Proporção de serviços de referência que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	0,19	Pobre
Proporção de unidades que avaliam, prescrevem, treinam, acompanham e dispensam órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	0,54	Razoável
Proporção de unidades com abastecimento regular de órteses/próteses e meios auxiliares de locomoção	0,52	Razoável

Quadro 2 – Concordância das respostas dos indicadores não-consensuados na 1ª etapa e que foram para 2ª etapa (cont.)

Indicadores não consensuados	Valor de Kappa com ponderação quadrática	Classificação, segundo Fleiss (1981)
Proporção de unidades primárias que realizam atendimento em grupo, prevenção de seqüelas e incapacidades secundárias, estimulação neuropsicomotora, orientação familiar	0,65	Razoável
Proporção de serviços de referência que realizam 10 das 13 atividades principais propostas para seu nível de complexidade	0,61	Razoável
Proporção de unidades primárias e intermediárias que possuem recursos tecnológicos adequados para o atendimento em reabilitação as vítimas de acidentes e violências	0,77	Excelente
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para transferência e transporte de pacientes	0,54	Razoável
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para suporte para laboratório de radiologia e patologia clínica	0,63	Razoável
BLOCO 2		
Existência, no município, da aplicação do DPVAT na prevenção dos acidentes de trânsito	0,56	Razoável
Proporção de unidades que fazem distribuição de material educativo sobre proteção/prevenção à violência	0,65	Razoável
Proporção de unidades que realizam alguma ação de prevenção aos acidentes/violências	0,26	Pobre
Proporção de unidades que fazem análise sistemática dos registros	0,66	Razoável
Proporção de unidades com pessoal capacitado para atuarem na prevenção de acidentes e na promoção de ambientes saudáveis	0,57	Razoável
Existência, no município, de pesquisas em parcerias com os Municípios	0,79	Excelente

Após a 2ª etapa, observou-se que 14 indicadores ainda permaneceram sem consenso entre os especialistas. Cabe ressaltar que, em todas as respostas, as classificações predominantes foram “imprescindível” ou “necessário”, demonstrando que, embora não consensuados, estes indicadores possuem importância no monitoramento da situação de acidentes e violências em todo o Brasil (quadro 3).

Quadro 3 – Indicadores não consensuados na 2ª etapa

Indicadores não consensuados	Classificação do indicador segundo especialistas	% concordância
PRÉ-HOSPITALAR		
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes da Delegacia Comum, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher e Delegacia de Aatendimento ao Idoso	Necessário	51,2%
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes do Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude	Imprescindível	57,5%
Proporção de unidades que possuem atendimento de re-educação aos agressores	Necessário	56,1%
Proporção de unidades que possuem Farmácia, Almoxarifado, Sala de expurgo/lavagem de material, Central de material esterilizado, Rouparia, Necrotério	Necessário	52,4%
Proporção de unidades que possuem profissionais que receberam capacitação por núcleos de educação em urgências	Necessário	59,5%
Proporção de Unidades não hospitalares/unidades 24 horas/serviço de diagnóstico terapia e ambulatório especializado adequadas em relação aos recursos humanos disponíveis	Imprescindível	58,5%
Proporção de unidades que possuem Sala de recepção e espera, Sala de arquivo de prontuário, Sala de triagem de risco, Consultórios médicos	Imprescindível Necessário	42,5% 42,5%
Existência de planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar para fluxos maciços de vítimas	Necessário	57,1%
HOSPITALAR		
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes oriundos de unidade básica de saúde e PSF	Necessário	50%
REABILITAÇÃO		
Proporção de unidades que desenvolvem ações e meios de atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências do tipo: Reabilitação física, Suporte social, Visita domiciliar, Acompanhamento psicológico, Grupo de pais, Grupo de crianças/adolescentes/jovens/mulheres/idosos, Oficinas de prevenção à violência, Distribuição material educativo sobre proteção/prevenção à violência, Palestras	Imprescindível	54,8%
Proporção de unidades intermediárias que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	Necessário	57,1%
Proporção de unidades que avaliam, prescrevem, treinam, acompanham e dispensam órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	Necessário	57,1%
Proporção de unidades com abastecimento regular de órteses/próteses e meios auxiliares de locomoção	Necessário	56,1%
BLOCO 2		
Existência, no município, da aplicação do DPVAT na prevenção dos acidentes de trânsito	Imprescindível	56,1%
Proporção de unidades que fazem distribuição de material educativo sobre proteção/prevenção à violência	Imprescindível	57,5%

4 | Caracterização dos Municípios: desenvolvimento social, econômico e contexto demográfico

Simone Gonçalves de Assis
Edinilsa Ramos de Souza
Maria Cecília de Souza Minayo

Apresentamos uma breve caracterização socioeconômica e demográfica das áreas onde se desenvolve nosso estudo, visando a configurar o cenário em que está ocorrendo e em que condições se desenvolve a implementação da PNRMAV. Alguns indicadores foram privilegiados nesta contextualização. São os que avaliam:

- Desenvolvimento social e econômico: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI), Produto Interno Bruto (PIB) e Distribuição de Renda Nominal Mensal (DRNM).
- Aspectos demográficos e territoriais: população (sexo e faixa etária), densidade demográfica (hab/km^2), percentual de população urbana, extensão em km^2, e divisão do município em áreas e bairros.
- Educação: percentual de crianças de 7-14 anos analfabetas, percentual de pessoas de 15 anos ou mais analfabetas, percentual de pessoas de 15 anos ou mais com menos de 4 anos de estudo, taxa de alfabetização e média de anos de estudo de pessoas com 20 ou mais anos.
- Habitação e saneamento: percentual de pessoas que vivem em domicílios com densidade acima de 2 pessoas por dormitório, percentual de pessoas que vivem em domicílios considerados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como subnormais, percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada, percentual de pessoas que vivem em domicílios com energia elétrica e percentual de pessoas que vivem em domicílios com serviço de coleta de lixo.
- Ocupação: taxa de desemprego.

ÍNDICES QUE AVALIAM DESENVOLVIMENTO SOCIAL E ECONÔMICO

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador utilizado para medir e comparar padrões de vida de diferentes populações. É uma maneira padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população. Criado pelo paquistanês Mahbub ul Haq com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998, o IDH pretende ser uma medida geral, sintética, do desenvolvimento humano. Não abrange todos os aspectos de desenvolvimento e não é uma representação da "felicidade" das pessoas. Tampouco indica "o melhor lugar no mundo para se viver". Vem sendo usado desde 1993 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) da Organização das Nações Unidas (ONU), para comparar alguns aspectos fundamentais da vida social nos países, sendo que seu cálculo foi legitimado e disseminado por vários países do mundo.

O IDH é composto por três dimensões: longevidade (esperança de vida ao nascer), educação (taxa de analfabetismo e número de anos de estudo) e renda (renda familiar *per capita*). O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, melhor o indicador de desenvolvimento humano. O Pnud classifica o IDH da seguinte forma:

- IDH entre 0 e 0,5 – Baixo Desenvolvimento Humano
- IDH entre 0,5 e 0,8 – Médio Desenvolvimento Humano
- IDH entre 0,8 e 1 – Alto Desenvolvimento Humano

Na tabela 7, observamos o IDH das cinco áreas nos anos de 1991 e 2000. De forma indiscriminada, observamos o crescimento das condições e qualidade de vida das populações que vivem nessas cinco cidades brasileiras. Todavia, esse crescimento foi mais acelerado nas cidades de Recife e Curitiba e menor em Manaus. Rio de Janeiro e Distrito Federal apresentam índice de crescimento intermediário.

Tabela 7 – Índice de Desenvolvimento Humano em quatro capitais brasileiras e Distrito Federal

CIDADES	1991	2000	Crescimento %
Manaus	0,745	0,774	3,9
Distrito Federal	0,799	0,844	5,6
Recife	0,740	0,797	7,7
Rio de Janeiro	0,798	0,842	5,5
Curitiba	0,799	0,856	7,1

Fonte: Pnud, 2003.

Em 2000, o Distrito Federal e as duas capitais das regiões Sudeste e Sul alcançaram alto nível de desenvolvimento humano. Manaus e Recife se mantêm com IDH médio. Neste ano mais recente, Curitiba é a cidade que apresenta o melhor IDH, seguida por Brasília, Rio de Janeiro, Recife e Manaus.

Na tabela 8, temos o Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) dos cinco locais estudados. Este índice foi proposto pelo Unicef (2006), para avaliar o processo de sobrevivência, crescimento e desenvolvimento das crianças entre 0 e 6 anos de idade. É aferido da mesma forma que o IDH e com os mesmos pontos de corte. O melhor IDI de um município significa que todas as crianças moram com pais que têm mais de 4 anos de escolaridade e que os direitos aos serviços básicos de saúde materno-infantil (cobertura vacinal em menores de um ano de idade, cobertura pré-natal adequada) e pré-escola (escolarização na pré-escola) estão plenamente garantidos.

Tabela 8 – Índice de Desenvolvimento Infantil em quatro capitais brasileiras e Distrito Federal

Cidades	1999	2004	Crescimento %
Manaus	0,637	0,681	8,0
Distrito Federal	0,715	0,785	9,8
Recife	0,697	0,763	9,4
Rio de Janeiro	0,750	0,790	5,8
Curitiba	0,749	0,746	0,4

Fonte: Unicef, 2006.

Constatamos que todos os cinco municípios analisados possuem IDI médio. O crescimento do IDI em quatro capitais segue a tendência notada para o Brasil, que passou de 0,609 em 1999 para 0,667 em 2004 (crescimento de 9,5%). Curitiba apresentou um discreto decréscimo no período.

Rio de Janeiro e Distrito Federal se destacam por melhores índices, seguidos por Recife e Curitiba. Tal qual ocorre no IDH, Manaus é a cidade com pior IDI.

Estes dados que avaliam qualidade de vida e saúde também se expressam na probabilidade de uma pessoa sobreviver até 60 anos de idade. Para o ano de 2000, essa probabilidade foi de 87,5% em Curitiba, 81,1% no Distrito Federal, 78,5% no Rio de Janeiro, 77,5% em Recife e 76,6% em Manaus (Pnud, 2003).

Índices como o IDH e o IDI mostram o nível de desenvolvimento socioeconômico das cidades. Por essa razão, apresentamos algumas informações sobre o desenvolvimento e a renda da população que habita nessas áreas. Primeiramente apresentamos, na tabela 9, o Produto Interno Bruto em valores totais dos cinco locais estudados. O município do Rio de Janeiro é o que produz mais riquezas em reais, seguido de forma distante por Distrito Federal e Manaus. Curitiba e Recife são as cidades com menor produção de riqueza total.

O PIB *per capita* das cinco áreas também consta da tabela 9. Representa a soma, em reais, de todas as riquezas finais produzidas nessas localidades, dividida pela população residente nelas. Como podemos observar, o Distrito Federal apresenta o mais elevado PIB, seguido por Manaus, que recebe recursos significativos dos *royalties* pelo tráfego do gás natural oriundo do poço de Urucu e do crescimento do parque industrial de Manaus. Um pouco mais distante está o Rio de Janeiro. Curitiba e Recife mantêm menor nível de produção de riquezas *per capita*, dentre as áreas estudadas.

Como a distribuição *per capita* mascara o problema da má distribuição de renda, incluímos a análise do Índice de Gini, que mede a desigualdade existente na distribuição de renda dos indivíduos segundo a renda familiar *per capita*. Assim como os outros índices, este varia de 0 a 1, mas ao inverso: quanto mais perto de um, maior a desigualdade existente. Na tabela também percebemos que, embora em todos os cinco espaços estudados haja muita concentração de renda acumulada na mão dos 10% mais ricos, Recife e Manaus se destacam pelo maior grau de desigualdade de renda existente.

Tabela 9 – Indicadores econômicos em quatro capitais brasileiras e Distrito Federal – 2000 e 2004

Cidades	PIB (em mil reais) 2004[1]	PIB per capita (em reais) 2004[1]	Índice de Gini 2000[2]	Percentual de renda acumulada pelos 10% mais ricos 2000[2]
Manaus	29.677.238	18,635	0,64	52,1
Distrito Federal	43.521.629	19,071	0,64	49,9
Recife	14.279.476	9,604	0,68	55,1
Rio de Janeiro	222.563.503	14,639	0,62	48,2
Curitiba	19.109.744	11,065	0,59	46,7

Fontes: (1) IBGE, 2004b; (2) Pnud, 2003.

Considerando a renda mensal da população que habita nas cidades e no Distrito Federal, vemos que Manaus e Recife sobressaem por possuírem populações de mais baixa renda mensal: 24% e 30% recebem até um salário mínimo (SM) mensal. Distrito Federal, Rio de Janeiro e Curitiba destacam-se pela renda mais elevada: 37% de suas populações recebem mais de cinco salários mínimo mensais. Esses dados poderão ser vistos e discutidos, em detalhes, nos gráficos e texto que se seguem.

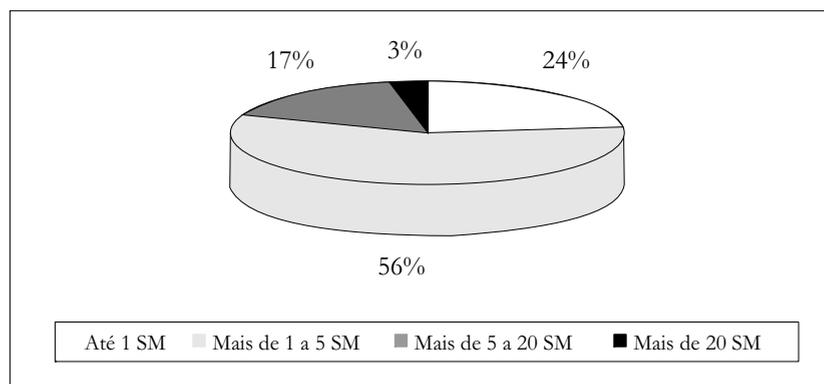
Sobre Manaus

O município apresenta um desenvolvimento historicamente associado aos ciclos econômicos da região amazônica. A Zona Franca de Manaus constituiu, sobretudo a partir dos avanços nas décadas de 70 e 80, poderosa alavanca para o crescimento populacional.

A década de 90 representou momentos de mudanças, de rumos e adaptação da economia local. A década atual, por sua vez, assinala o aumento de novos investimentos da iniciativa privada e na reorganização do setor público. Os indicadores vêm se alterando, revelando algumas melhorias em setores frágeis. A mortalidade infantil, por exemplo, baixou para 22,7 mortes em cada mil crianças nascidas vivas, melhorando a condição anterior.

Com características de metrópole, Manaus guarda em si todos os problemas que essa condição traz, sobretudo pela característica de congregar e atrair a população do estado como um todo, além dos municípios de estados vizinhos. Padece de um processo migratório que tomou conta da cidade nas últimas décadas, dobrando a sua população e dificultando a estabilização de políticas públicas possam atender à demanda cada vez mais crescente. No período de 2001 para 2002, Manaus registrou o maior índice de crescimento populacional das capitais do país: 2,54%. De acordo com números do IBGE (2004a), Recife registrou 0,83%, Rio de Janeiro 0,67%. A média nacional foi de 1,3% para o período.

Embora Manaus apresente PIB *per capita* elevado, sua população está entre a que tem renda mais baixa e desigual, configurando um quadro de má distribuição das riquezas produzidas. Informações sobre renda da população podem ser observadas no gráfico 1, com dados do Censo do IBGE de 2000. Constatamos que 80% da população da cidade de Manaus recebe até 5 SM mensais (o salário mínimo tinha valor de 151,00 reais em 2000). Apenas 3% da população recebem acima de 20 SM, menor percentual constatado nas cinco cidades investigadas (Concefet, 2006).

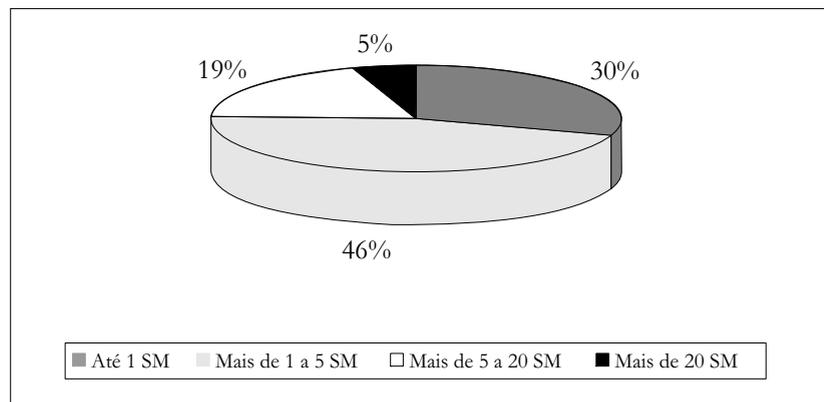
Gráfico 1 – Pessoas de 10 anos ou mais de idade por classes de rendimento nominal mensal. Manaus

Fonte: IBGE, 2004a.

A desigualdade socioeconômica em Manaus se manifesta nos diferentes níveis de renda segundo a região da cidade. O bairro da Ponta Negra apresenta o rendimento nominal familiar de R$ 8.049,48, com baixa densidade populacional e elevado nível de organização urbana. O bairro do Puraquequara, na zona Leste da metrópole, possui características semelhantes às zonas rurais, com pouca urbanização e renda nominal familiar de R$ 331,97.

Sobre Recife

A economia da cidade de Recife está voltada essencialmente para atividades comerciais e prestação de serviços, típicas do setor terciário moderno, o que responde por 95% de todo o valor da riqueza gerada. Apesar do desempenho da economia formal, com uma base econômica relativamente moderna, Recife ainda se encontra fortemente ligado à chamada economia informal. Persiste uma enorme rede de atividades vinculadas ao comércio e serviços informais que mantém ocupada significativa parcela da população. No setor informal há expressivo número de micro e pequenas empresas prestadoras de serviços que têm um papel importante para a economia da cidade, absorvendo mão-de-obra.

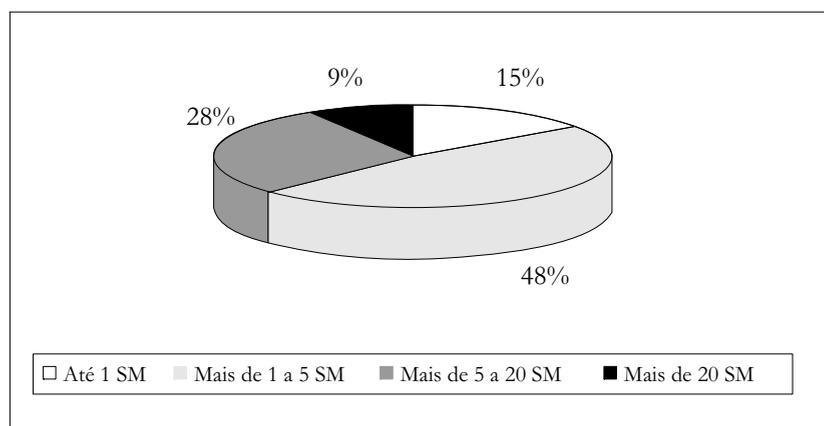
A cidade detém o pior PIB e PIB *per capita* dentre as cinco áreas investigadas. Os dados sobre renda familiar confirmam o quadro generalizado e enraizado de desequilíbrio na distribuição dos rendimentos de Recife. Segundo o IBGE, no Censo de 2000, 30% do rendimento nominal mensal do responsável pelo domicílio era inferior a um salário mínimo ou a pessoa não possuía rendimento, ao passo que 5% dos moradores dispunham de rendimentos superiores a 20 salários, situando-se no outro extremo. Mas de modo geral, a população de Recife é considerada bastante pobre, pois 76% dos responsáveis pelo domicílio ganham até 5 salários mínimos (gráfico 2).

Gráfico 2 – Pessoas de 10 anos ou mais de idade por classes de rendimento nominal mensal. Recife

Fonte: IBGE, 2004a.

Em Recife, há concentração de renda em localidades específicas. Os maiores contrastes encontram-se nos bairros da Jaqueira (rendimento nominal mensal médio dos responsáveis pelo domicílio de R$ 5.195,62) e no distrito sanitário do bairro denominado Recife (R$ 203,51). No extremo oposto existem as regiões dos morros (renda familiar *per capita* inferior a R$ 350). De um modo geral, há grande contraste interno entre os bairros e dentro dos bairros.

Distrito Federal

O Distrito Federal é líder em qualidade de vida avaliada pelo IDH entre as 27 unidades da Federação. Em 2003, mostrou novo incremento, com IDH de 0,849, bem acima da média brasileira neste ano (0.766). Possui também elevado PIB e PIB *per capita*. É uma unidade singular no cenário socioeconômico e político nacional, nela situa-se a capital brasileira – Brasília – fundada há 46 anos. Desenvolve atividades ligadas à administração pública local e federal, sendo um marco do urbanismo contemporâneo e da arquitetura moderna. Concentra habitantes vindos de diversas regiões do país e possui a maior renda *per capita* do Brasil.

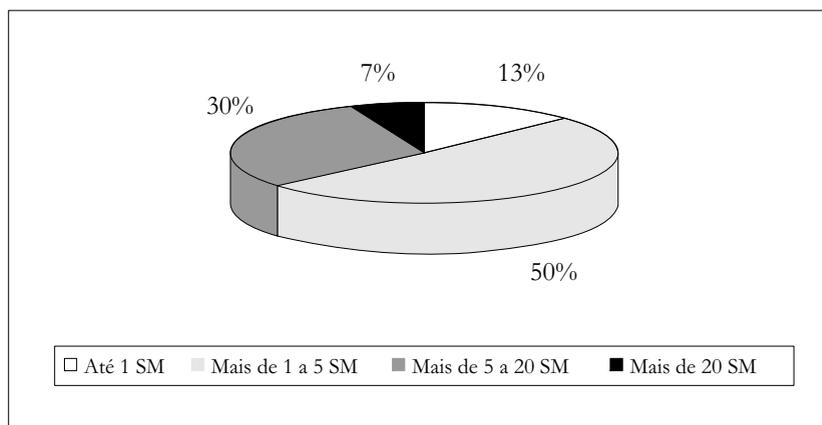
Gráfico 3 – Pessoas de 10 anos ou mais de idade por classes de rendimento nominal mensal. Distrito Federal

Fonte: IBGE, 2004a.

Dados mais recentes do Distrito Federal mostram que a renda média domiciliar bruta mensal era da ordem de 9 salários mínimos em 2004. As maiores rendas foram detectadas no Lago Sul (43,4 SM) e Lago Norte (34,3 SM), onde residem os dirigentes do país, funcionários públicos graduados, profissionais liberais e comerciantes que recebem rendimentos mais elevados. As menores rendas estão nas regiões administrativas de Itapoã (1,6 SM) e da SCIA – Estrutural (1,9 SM), locais de invasões e assentamentos. Os dados dessas localidades tornam o Distrito Federal refém do modelo de desigualdade do país.

Sobre o município do Rio de Janeiro

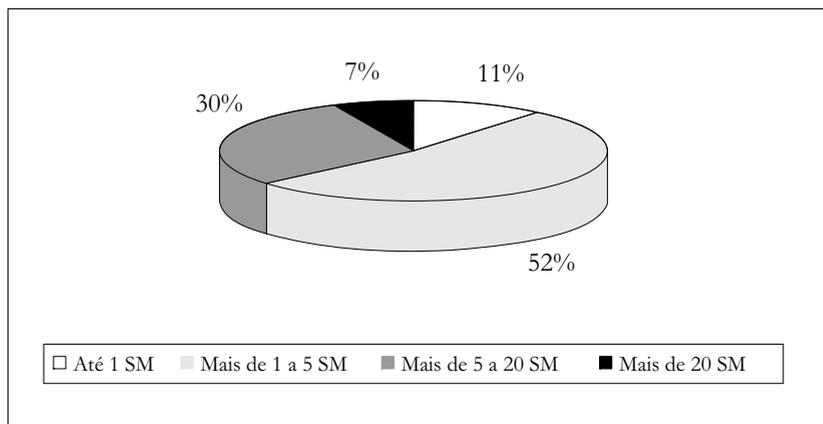
Não há dúvida quanto à evolução de índices sociais e econômicos no Rio de Janeiro nos últimos anos, após décadas de estagnação. Contudo, é preciso enfatizar o fato de o município reunir grupos populacionais extremamente desiguais convivendo lado a lado,

não raro no mesmo bairro, freqüentemente submetidos a condições de vida diametralmente opostas. Nestas circunstâncias, índices e taxas construídos para o município como um todo escondem desigualdades expressas em valores médios. O estado do Rio de Janeiro é a segunda maior economia do Brasil, e a quarta da América do Sul, tendo uma participação no PIB nacional de 15,8% (IBGE, 2004b). O município do Rio de Janeiro apresenta o maior PIB *per capita* da Região Metropolitana, com a atividade produtiva concentrada no comércio (62%) e na prestação de serviços (14%). O município é considerado uma cidade pólo, pois absorve a mão-de-obra de cidades vizinhas.

Gráfico 4 – Pessoas de 10 anos ou mais de idade por classes de rendimento nominal mensal. Rio de Janeiro

Fonte: IBGE, 2004a.

Sobre Curitiba

Esta capital possui função geopolítica como capital do estado do Paraná e é cidade pólo para 26 municípios que compõem a Região Metropolitana de Curitiba. Em consonância com o contexto brasileiro, tem enfrentado o fenômeno da metropolização e, desde a década de 1970, recebe os trabalhadores rurais do Paraná expulsos do campo, bem como moradores de pequenas e médias cidades vítimas de crônicas recessões econômicas. Os indicadores econômicos de Curitiba, no entanto, apresentam tendência de crescimento há vários anos.

Gráfico 5 – Pessoas de 10 anos ou mais de idade por classes de rendimento nominal mensal. Curitiba

Fonte: IBGE, 2004a.

A renda *per capita* média do município de Curitiba cresceu 37,4%, passando de R$ 451,00, em 1991, para R$ 616,82, em 2000. Todavia, a desigualdade na cidade também cresceu no período, refletindo uma tendência nacional, medida pelo Índice de Gini: passou de 0,55 em 1991 para 0,59 em 2000.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS E TERRITORIAIS

Alguns dados populacionais e territoriais das cidades estudadas e Distrito Federal podem ser visualizados na tabela 10. Ressaltamos a grande extensão da cidade de Manaus, seguida pelo Distrito Federal e pelo Rio de Janeiro. Esta última capital se destaca em relação às outras, por abrigar a maior população e elevada densidade populacional por km^2. Recife é a cidade com maior densidade populacional e o Distrito Federal e Manaus são as menos densas populacionalmente.

Tabela 10 – Dados populacionais e territoriais de quatro capitais brasileiras e Distrito Federal

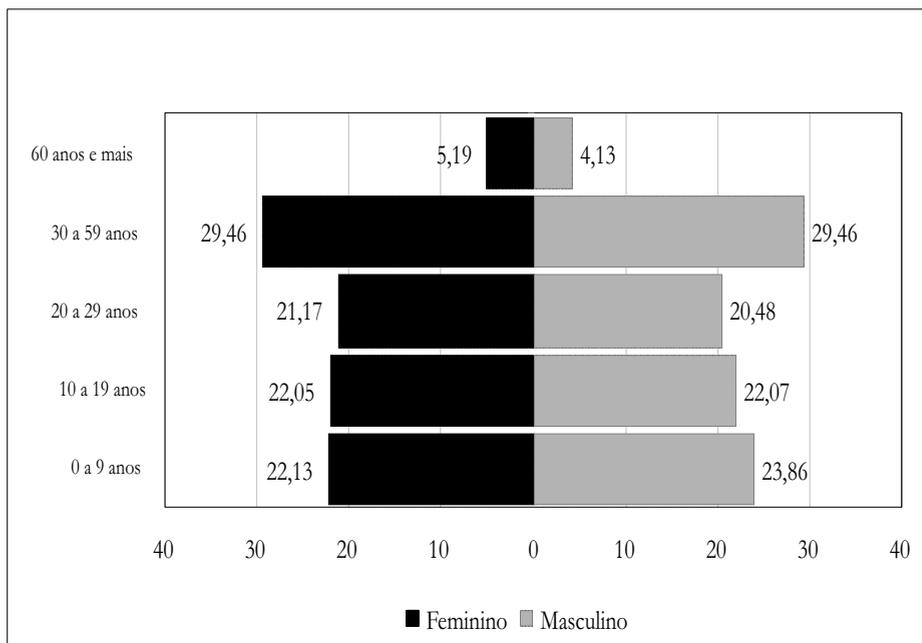
Cidades	Extensão (em km²) IBGE	População	Densidade demográfica – 2000 hab/km²	População urbana (%) 2000	Divisões em áreas	Número de bairros
Manaus	11.458,5	1.565.709 (2004)	122,5	99,4	5 Zonas	56
Recife	218,7	1.504.154 (2005)	6.501,8	100,0	6 Regiões político-administrativas	94
Distrito Federal	5.822,1	2.096.534 (2004)	350,9	95,6	19 Regiões político-administrativas	94
Rio de Janeiro	1.264,2	6.094.182 (2005)	4.627,9	100,0	10 Áreas de planejamento (32 Regiões Administrativas)	157
Curitiba	430,9	1.727.010 (2004)	3.682,8	100,0	9 Administrações regionais	75

Fontes: IBGE (2004c); Pnud (2003).

A cidade de Manaus é essencialmente heterogênea em termos socioeconômicos. Nela, existem profundos contrastes quanto às condições de vida, vinculadas a visíveis desigualdades sociais. As zonas Leste e Norte são mais populosas e concentram a população de menor poder aquisitivo; a Zona Oeste agrega bairros com alto índice de violência e pobreza, mas, paradoxalmente, abriga o bairro onde reside a parcela populacional mais rica economicamente, o Ponta Negra; a Zona Sul concentra a parte mais antiga da cidade, integra pólos econômicos importantes, como o principal centro comercial e o Distrito Industrial, e abriga sedes de várias empresas multinacionais.

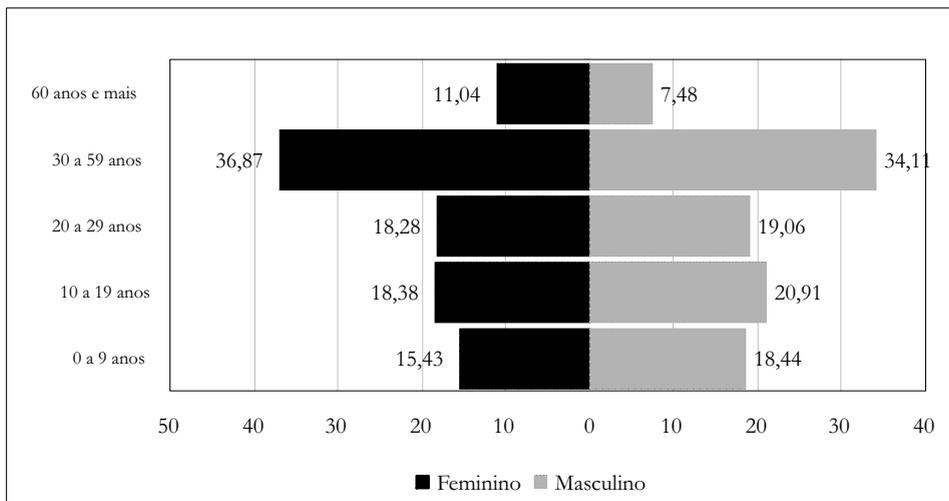
Manaus tem convivido com modificações territoriais causadas por várias "invasões", forjando nova configuração urbana que ainda não está estabilizada. Nos bairros criados por "invasões", a precariedade de estrutura urbana é notória. Há carências de vias públicas, de serviço de saneamento e esgoto, de fornecimento de energia elétrica e de equipamentos sociais.

A distribuição demográfica evidencia elevada concentração de população jovem, e entre as cinco áreas estudadas, caracteriza-se por ter maiores proporções de crianças, adolescentes, adultos jovens e adultos entre 30 e 59 anos.

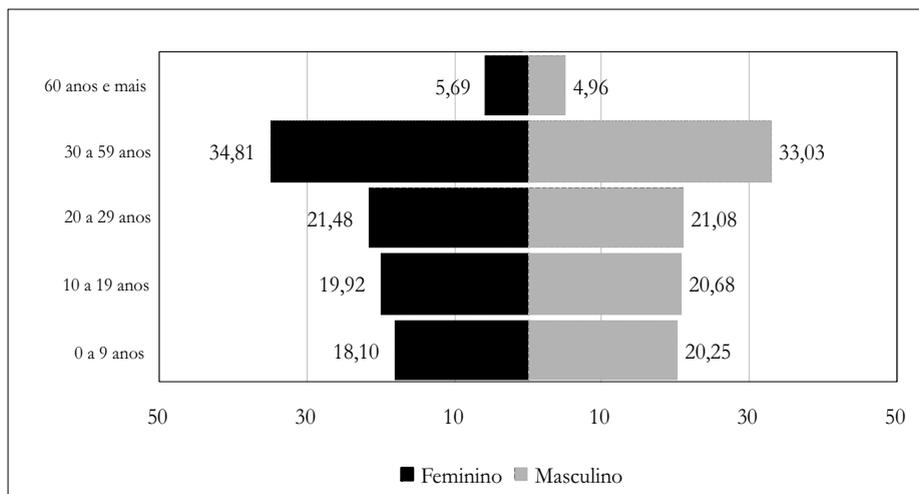
Gráfico 6 – Distribuição proporcional da população, segundo faixa etária e sexo. Manaus - 2000

Fonte: IBGE, 2004a.

Recife também possui um padrão muito heterogêneo de ocupação, congregando bairros de baixa e elevada densidade populacional. Sua população residente é completamente urbana, com predomínio feminino (53,5% contra 46,5% do sexo masculino). A pirâmide populacional do Recife, em 2004, indicava predominância das faixas etárias mais jovens, com maiores concentrações nas faixas etárias de 10 a 29 anos. Esse grupo concentra 38% do total da população, ao passo que o grupo com idade acima de 60 anos representa 9,4% dos habitantes.

Gráfico 7 – Distribuição proporcional da população, segundo faixa etária e sexo. Recife - 2000

60 anos e mais 11,04 7,48
30 a 59 anos 36,87 34,11
20 a 29 anos 18,28 19,06
10 a 19 anos 18,38 20,91
0 a 9 anos 15,43 18,44
50 40 30 20 10 0 10 20 30 40
■ Feminino ■ Masculino

Fonte: IBGE, 2004a.

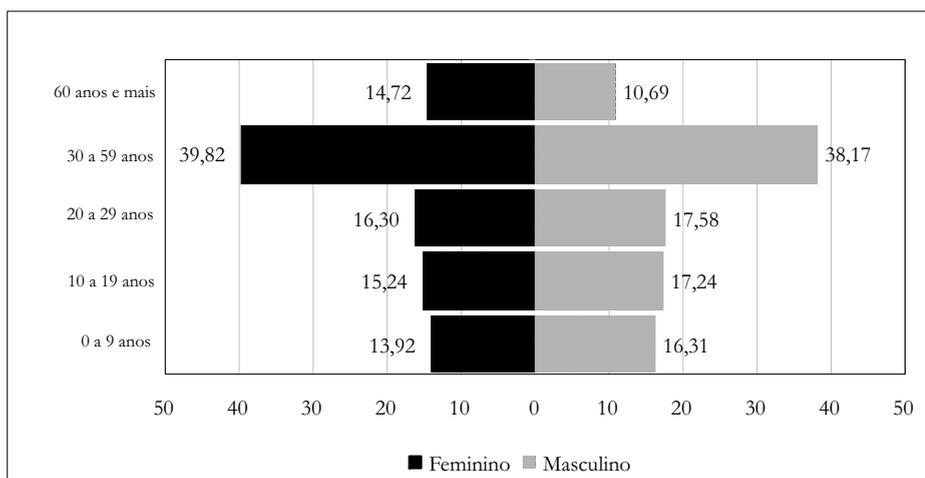
O Distrito Federal possui 29 regiões administrativas, mas o IBGE só disponibiliza dados de caracterização territorial e demográfica de 19 delas. A população apresenta uma taxa por sexo equilibrada em relação ao número de homens e de mulheres (cerca de 49% homens e 51% mulheres). Também nesta cidade se observa o predomínio da população jovem, como pode ser visto no gráfico a seguir.

Gráfico 8 – Distribuição proporcional da população, segundo faixa etária e sexo. Distrito Federal - 2000

Fonte: IBGE, 2004a.

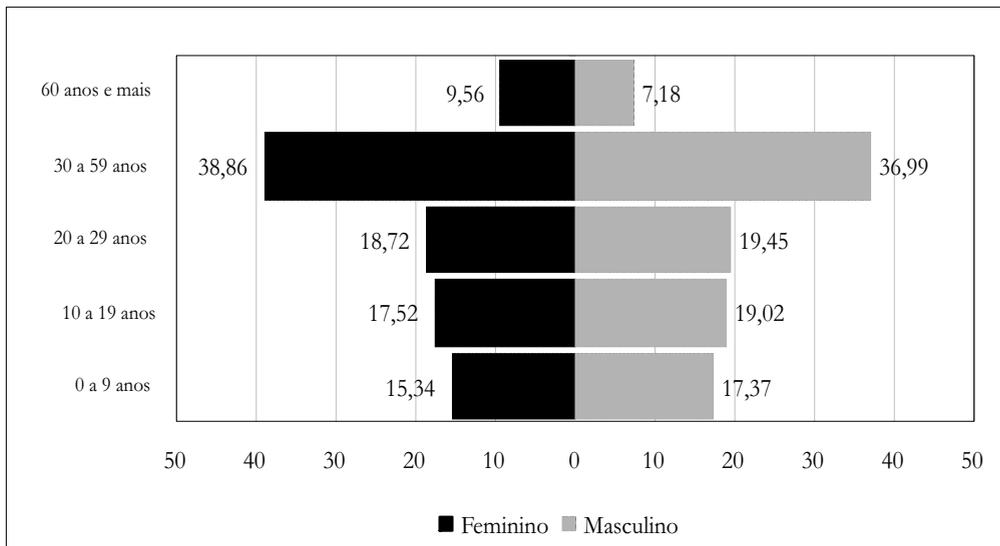
O município do Rio de Janeiro também é composto por áreas mais e menos populosas. A distribuição da população no Rio de Janeiro por sexo e faixa etária evidencia maior número de mulheres na faixa etária acima de 20 anos em relação aos homens dessa cidade. Essa é uma tendência nacional como demonstram vários estudos, explicada, entre outros fatores, pela elevada taxa de mortalidade masculina, sobretudo nos adultos jovens com idades entre 20 a 39 anos vítimas da mortalidade por causas externas (83,6%) no país (Minayo & Souza, 2003).

A população do Rio de Janeiro é predominantemente urbana, formada principalmente por adultos na faixa etária do 30 a 59 anos. Destaca-se o contingente de crianças e jovens na faixa etária de 10 aos 19 anos, superior ao de crianças de 0 a 9 anos, evidenciado que a pirâmide etária do município tende a se inverter (gráfico 9). Já sobressai o aumento da população idosa nos últimos anos.

A base da pirâmide (faixa etária de 0 a 9) é menor que as faixas etárias subseqüentes, o que evidencia o decréscimo dos nascimentos nos últimos anos. A diminuição do número de filhos por mulheres em idade fértil é uma tendência nacional. A inserção das mulheres no mercado de trabalho, as mudanças na condição socioeconômica e a realização de programas socioeducativos que visam à contracepção são alguns aspectos que podem influenciar esse quadro. O município do Rio de Janeiro destaca-se dos demais analisados por possuir população mais velha.

Gráfico 9 – Distribuição proporcional da população, segundo faixa etária e sexo. Rio de Janeiro - 2000

Fonte: IBGE, 2004a.

A população de Curitiba está sofrendo rápida transformação quanto a sua estrutura etária. Desde a década de 90, mais da metade da população passou a ter mais de 24 anos, proporção que chegou, em 2000, ao valor de 55,4%. Sendo que 14.935 dos moradores, em 2000, já tinham mais de 80 anos de idade. No gráfico 10, observamos a base mais estreita da pirâmide, indicativa de um padrão populacional de envelhecimento da população.

Gráfico 10 – Distribuição proporcional da população, segundo faixa etária e sexo. Manaus - 2000

Fonte: IBGE, 2004a.

INDICADORES DE EDUCAÇÃO

Na tabela 11, mostramos alguns indicadores de educação da população das cinco cidades investigadas. Como podemos observar, Manaus e Recife apresentam os piores índices, reflexo da maior concentração de riquezas. Essas cidades possuem também as piores taxas de alfabetização. Curitiba se destaca pelos melhores resultados na educação, embora ainda exista um percentual significativo de pessoas analfabetas ou com poucos anos de estudo.

Tabela 11 – Indicadores de educação de quatro cidades brasileiras e Distrito Federal – 2000

Cidades	Percentual de crianças de 7-14 anos analfabetas	Percentual de pessoas de 15 anos ou mais analfabetas	Percentual de pessoas de 15 anos ou mais com menos de 4 anos de estudo	Taxa de alfabetização*	Média de anos de estudo de pessoas com 20 ou mais anos
Manaus	11,0	6,1	17,2	78,3	7,2
Distrito Federal	5,6	5,7	14,0	82,2	8,3
Recife	12,2	10,6	18,9	79,4	7,6
Rio de Janeiro	5,9	4,4	12,9	86,0	8,4
Curitiba	2,7	3,4	12,1	86,6	8,5

Fonte: IBGE (2004c); Pnud (2003).
*Percentual de população de 15 ou mais anos de idade que sabe ler e escrever.

Em todos os municípios estudados, ressaltamos a redução do índice de analfabetismo e aumento da freqüência à escola de 1991 para 2000, seguindo tendência nacional. Todavia, ainda há muito a ser alcançado para que a taxa de alfabetização se reduza a valores próximos de zero e para que se aumente o número de anos de estudo da população dessas cidades.

INDICADORES DE HABITAÇÃO E SANEAMENTO

As condições de habitação dos espaços sociais estudados podem ser visualizadas na tabela 12. Podemos observar que a oferta de energia elétrica beneficia quase a totalidade da população das cinco áreas aqui estudadas. Serviços de coleta de lixo e água encanada são bem elevados em Curitiba, Rio e Distrito Federal. Recife e Manaus possuem índices mais baixos.

Maior percentual de moradia em domicílios considerados subnormais (entendidos como aqueles que se situam em área de ocupação desordenada e sem direito de propriedade) ocorre no Rio de Janeiro – com mais de 500 áreas em favelas; e em Manaus, com muitos terrenos de invasão.

Tabela 12 – Distribuição dos domicílios 2000

Cidades	Percentual de pessoas que vivem em domicílios com densidade acima de 2 pessoas por dormitório	Percentual de pessoas que vivem em domicílios subnormais*	Percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada	Percentual de pessoas que vivem em domicílios com energia elétrica	Percentual de pessoas que vivem em domicílios com serviço de coleta de lixo
Manaus	45,6	12,0	74,0	99,0	91,3
Recife	18,7	9,6	87,8	99,9	96,0
Distrito Federal	19,4	1,4	94,5	99,7	98,3
Rio de Janeiro	17,1	18,8	97,8	99,9	98,7
Curitiba	11,3	9,3	99,0	99,9	99,5

Fonte: Pnud, 2003.
* Ocupação desordenada e sem título de posse de terreno ou título de propriedade.

Manaus destaca-se das demais cidades por possuir indicadores mais precários: maior densidade de pessoas por dormitório, elevada porcentagem de população sem título de posse de terreno ou propriedade, maior percentual de pessoas em domicílios sem água encanada, luz elétrica e serviço de coleta de lixo e em condições de saneamento inadequadas. Manaus possui apenas 32,6% dos domicílios ligados à rede geral de esgoto ou pluvial e apenas 36,7% possuem fossa séptica.

Em Recife, notamos menor provimento de água para a população, além do fato de o abastecimento ser intermitente. Existe uma estrutura doméstica ou predial de armazenamento de água (caixa d'água, poços e outras), que visa a prevenir a interrupção do abastecimento. Essa diferença produzida pelo armazenamento alternativo resulta em desigualdade de acesso ao serviço de abastecimento de água não registrada pelos sistemas de informação. O escoamento inadequado dos esgotos é generalizado. O funcionamento deficiente de muitas redes de coleta e das fossas, sobretudo em solos mais encharcados, provoca muitos problemas, principalmente de saúde. Como seria de esperar, existe maior carência de esgotamento sanitário nas áreas periféricas da cidade, sobretudo nos bairros pobres.

O indicador de esgotamento sanitário representa melhor a realidade de Recife que o abastecimento de água, pois discrimina bairros com menor infra-estrutura. Isso pode ser exemplificado pelo fato de os bairros mais ricos possuírem 100% dos domicílios com banheiros ligados à rede geral de esgotamento sanitário e os mais pobres possuírem apenas 1%. Recife como um todo tem apenas 42,9% dos domicílios ligados à rede geral de esgoto ou pluvial e 15,2% de residências com fossa séptica.

No Distrito Federal, há uma média de moradores por domicílio urbano de 3,7 pessoas. As residências têm em média 6,8 cômodos e 95,8% são construídos em alvenaria, exceto os assentamentos populacionais irregulares que apresentam habitação em péssima condição de moradia. O abastecimento de água vem recebendo fortes investimentos: o Centro de Abastecimento de Água e Esgoto de Brasília (Caesb) dispõe de moderno laboratório

de análise que controla a qualidade da água distribuída em todo o Distrito Federal, além de desenvolver amplo programa de redução de perdas de água e promover a eliminação de ligações clandestinas. Atualmente, a Caesb opera seis grandes sistemas e 24 subsistemas de abastecimento de água, bem como 18 sistemas de coleta e tratamento de esgotos. No Distrito Federal, 83,5% dos domicílios estão ligados à rede geral de esgoto ou pluvial e 6,3% com fossa séptica e pode ser considerado exemplo de resolução do problema de saneamento básico para todo o país.

Rio de Janeiro e Curitiba apresentam as menores densidades de pessoas por domicílio dentre as cinco áreas estudadas, bons indicadores de água, luz, coleta de lixo e elevado percentual de domicílios ligados à rede geral de esgoto ou pluvial (78% e 77,4%, respectivamente). O esgotamento através de fossa séptica complementa mais 15,6% de esgotamento sanitário, configurando índices significativamente elevados para a realidade brasileira, em que boa parte da população não é beneficiada com sistema de esgotos.

TAXAS DE DESEMPREGO

Apresentamos a taxa de desemprego para as Regiões Metropolitanas do Recife, Rio de Janeiro e Curitiba e para o Distrito Federal, obtidas na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad) 2003. Não foi possível obter dados para Manaus. Esta taxa se refere ao percentual da população de 10 anos e mais desocupada e é um importante indicador para avaliar condições de vida. Concluímos também que a taxa de desemprego é relevante para análise de causas e dinâmica de criminalidade e violência, embora entre os dois processos sociais não exista linearidade.

A Região Metropolitana do Recife se destaca pelo mais elevados percentuais de desempregados: 17,8% da população acima de 10 anos de idade. Segue a ela o Distrito Federal, com 14,3%. Curitiba, dentre as cinco, tem a Região Metropolitana com menos população desempregada (8,1%).

Tabela 13 – Taxa de desemprego por Região Metropolitana e Unidade da Federação – 2004 (em percentuais)

Cidades	Taxa de desemprego
Manaus	-
Recife	17,8
Distrito Federal	14,3
Rio de Janeiro	11,9
Curitiba	8,1

Fonte: IBGE, 2004c.

As informações apresentadas oferecem uma descrição sucinta dos índices que configuram as condições de vida da população dos cinco municípios analisados. Observando os vários indicadores podemos dizer que eles são, em grande medida, uma configuração da situação de infra-estrutura e dos problemas sociais das grandes metrópoles brasileiras com suas conquistas, desigualdades e assimetrias. Por si, esse quadro não indica nada específico em relação à geração dos conflitos sociais que redundam na forte demanda de serviços de saúde voltados para atendimento de agravos e lesões. No entanto, a história de outros países e a historicidade das formações sociais brasileiras evidenciam que vencer as desigualdades estruturais, investir no acesso ao trabalho, à educação e às políticas públicas promove a cidadania e é antídoto da violência e da decadência social.

5 | Magnitude dos Acidentes e Violências nas Cinco Capitais

Edinilsa Ramos de Souza
Simone Gonçalves de Assis
Maria Cecília de Souza Minayo
Thiago de Oliveira Pires

CONTEXTO GERAL

Descrevemos, neste capítulo, a distribuição epidemiológica da morbimortalidade por violências e acidentes nas cinco localidades estudadas, pois as lesões e os traumas físicos e emocionais provocados por essas causas constituem a base material das atividades do setor saúde, prevista na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV).

Deter-nos-emos, sobretudo, nas informações trazidas pela análise das internações por lesões e traumas provocados por violências e acidentes. Se os indicadores de mortalidade são mais confiáveis para pensarmos uma forte interação com outros setores e com a sociedade visando à promoção da vida e prevenção dos agravos, os indicadores de morbidade têm o imprescindível papel de dimensionar com as devidas distinções, todo o sistema de atendimento do SUS.

No entanto, antes de descrever as informações locais, apresentamos um panorama do problema no Brasil e os conceitos com os quais trabalhamos, referenciados à Classificação Internacional das Doenças (CID), da OMS, atualmente em sua 10ª. versão (OMS, 1996).

Observando o cenário atual da qualidade de vida dos brasileiros, ressaltamos que houve relevantes modificações nos indicadores de saúde, a partir da década de 1980. A mais expressiva foi o acentuado aumento da morbimortalidade por causas externas.

O termo “causas externas” é utilizado pela OMS, na CID, referindo-se a óbitos por traumas e lesões provocados por efeito de problemas de ordem social e não médica. Em geral, os eventos fatais mais freqüentes se categorizam como: acidentes com transporte terrestres (V01 a V89), homicídios/agressões (X85 a Y09), suicídios/lesões autoprovocados intencionalmente (X60 a X84), quedas (W00 a W19), indeterminados (eventos cuja intenção é indeterminada, Y10 a Y34), sendo as demais englobadas no grupo das “Demais Causas”.

Embora a CID-versão 10 use a denominação "acidente" para alguns tipos de causas externas, o documento PNRMAV e mesmo a literatura internacional mais recente têm evitado essa denominação uma vez que a palavra "acidente" está vinculada à idéia de "evento fortuito, não previsível" e não inclui a complexa dinâmica das violências no trânsito e no trabalho, por exemplo.

Na CID-versão 10, as lesões por causas externas (que levam às emergências e à internação hospitalar) são assim classificadas em: fraturas do crânio, face e pescoço (S02 e S12); fraturas do tórax e coluna (S22 e S32); fratura dos membros superiores (S42, S52 e S62); fratura dos membros inferiores (S72 – fratura do fêmur, S82 e S92); luxações, entorses e distensões (S03, S13, S23, S33, S43, S53, S63, S73, S83 e S93); traumatismos intracranianos (S06); traumatismos de órgãos internos do tórax, abdômen e pelve (S26, S27, S36 e S37); traumatismos de vasos sangüíneos (S05, S15, S25, S35, S45, S55, S65, S75, S85 e S95); traumatismos dos nervos e da medula espinhal (S14, S24 e S34); traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo (T00 a T07); queimaduras e corrosões (T20 a T32); intoxicações (por drogas, medicamentos e substâncias biológicas – T36 a T50; efeitos tóxicos de substâncias de origem predominantemente não-medicinal – T51 a T65); outros efeitos de causas externas e os não especificados (T66 a T78); complicações de cuidados médicos e cirúrgicos (T80 a T88) e seqüelas de traumatismos, intoxicações e outras conseqüências das causas externas (T90 a T98). Há ainda outras rubricas, geralmente tratadas pelos pesquisadores na categoria: "demais acidentes".

O Brasil ocupa, atualmente, o quarto lugar no *ranking* das causas externas na América Latina, depois de Colômbia, El Salvador e Venezuela. Pareia-se com o México. Vários estudos têm permitido mostrar que tanto a mortalidade como a morbidade por essas causas não ocorrem no país de forma homogênea. A mortalidade e a morbidade se concentram nas áreas urbanas, de forma desigual, diferenciada e díspar, variando segundo o sexo, a idade, a área geográfica e o tipo de causa externa que provocou a lesão. Evidencia-se um nítido predomínio de taxas masculinas sobre as femininas e um deslocamento das mortes para faixas etárias mais jovens, comprometendo a esperada elevação da esperança de vida no país, em função da queda acentuada da mortalidade infantil nos últimos 25 anos (Souza, 1994; Mello Jorge, 1998; Souza & Lima, 2006).

Entre os tipos de causas externas, os grupos representados pelos acidentes de trânsito e pelos homicídios têm assumido particular importância. As agressões que levam à morte e tiveram suas taxas dobradas nos últimos 25 anos são de muito difícil prevenção, pois suas causas dependem de um conjunto de condições e situações sociais e culturais (Waldman & Mello Jorge, 1999). No entanto, existe ainda muito pouco engajamento da sociedade e do Estado na redução das taxas de acidentes de trânsito e de transporte, muito mais facilmente preveníveis.

Mesmo com toda sua magnitude, os dados de mortalidade representam somente a porção mais visível dos contextos violentos. E mesmo quando analisamos as lesões e traumas que não levam à morte, constatamos que só temos acesso à ponta do *iceberg* das causas externas.

No Brasil, somente são conhecidos os dados de hospitalizações pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que tem início com o documento Autorização de Internação Hos-

pitalar (AIH), preenchido nos hospitais, obrigatório para a internação de pacientes e para o posterior recebimento de pagamentos referentes a essas internações (Waldman & Mello Jorge, 1999; Souza et al., 2005). Esse sistema engloba cerca de 80% da assistência médico-hospitalar prestada à população brasileira e representa aproximadamente 13 milhões de internações/ano em mais de 6 mil unidades hospitalares (Waldman & Mello Jorge, 1999).

As internações por lesões e envenenamentos decorrentes de acidentes e violências correspondem a cerca de 6% do total de internações atuais. A relativamente pequena participação desse grupo de causas, como motivo de internação, é decorrente do fato de as AIH não serem preenchidas para os atendimentos de pronto-socorro, em razão de estes não serem considerados como internações. Este fato subestima, portanto, a real importância da mortalidade por causas externas, visto que é no próprio pronto-socorro que grande número de pacientes tem seus casos resolvidos (Lebrão & Mello Jorge, 1997).

As fraturas são responsáveis por cerca de 38% das internações, vindo, em seguida, as lesões intracranianas e internas e os ferimentos e lesões traumáticas dos vasos, com cerca de 17% cada (Lebrão & Mello Jorge, 1997).

Quando consideramos a morbimortalidade por causas externas que abrange acidentes de trânsito, acidentes do trabalho e várias formas de violência – para citar os eventos mais freqüentes –, inferimos que existe um amplo espectro de fatores determinantes e condicionantes envolvidos.

Para termos idéia da relevância do tema para a qualidade de vida dos brasileiros, basta realçar o fato de que, entre 1980 e 1991, houve uma queda de cerca de 12% no total de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) – importante indicador de saúde – assinalando a melhora das condições de saúde, sobretudo no que concerne à mortalidade infantil. No entanto, quando analisamos todas as causas de morte, no caso particular dos acidentes e violências, o indicador aumentou cerca de 30% (Iunes, 1997; Waldman & Mello Jorge, 1999).

As limitações dos dados e a falta de sua integração nos níveis pré-hospitalares e hospitalares impedem um cálculo mais preciso dos custos das lesões, traumas e envenenamento para os cofres do SUS. Mas seu impacto econômico, medido através dos gastos com internações, mostra que eles se constituem não apenas em importante grupo de causas. São também responsáveis por um gasto considerável por parte do governo. As internações decorrentes de causas externas tendem a consumir recursos de maneira mais intensiva, na medida em que apresentam um gasto/dia aproximadamente 60% maior do que a média geral paga pelo SUS (Iunes, 1997; Waldman & Mello Jorge,1999). Conforme assinalam Mello Jorge & Waldman (1999: 72):

> A complexidade do problema, para sua prevenção e controle, implica na aplicação de medidas no âmbito de políticas sociais, na elaboração de legislação específica e no desenvolvimento de instrumentos de intervenção voltados à prevenção, ao tratamento e à reabilitação dos atingidos, o que pressupõe a identificação de grupos e fatores de risco.

A seguir, descrevemos o perfil da morbimortalidade das cinco capitais estudadas.

Mortalidade

No ano de 2004, violências e acidentes foram responsáveis por 11.304 óbitos nas quatro capitais estudadas e no Distrito Federal. O Rio de Janeiro, a mais populosa dentre todas as áreas aqui consideradas, destaca-se como a capital com o maior número de mortes por essas causas, 5.757 óbitos em 2004.

Segundo a tabela 14, as causas externas constituíram a quarta causa de morte em Manaus no ano de 2004, sendo responsáveis por 14,9% de todos os óbitos da capital do Amazonas. Em Recife, foram quase 15%, representando o segundo lugar no *ranking* de todas as causas de óbitos do município nesse mesmo ano. O Distrito Federal desponta como o local em que há maior participação dos acidentes e violências. Entre todas as mortes ocorridas em 2004, as causas externas ocuparam o segundo lugar e foram responsáveis por 17% do conjunto do obituário nesse ano.

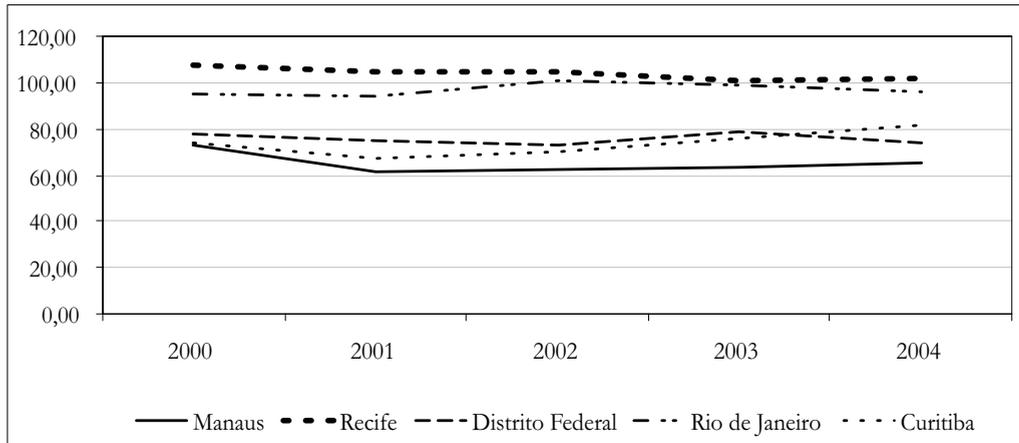
No município do Rio de Janeiro, os óbitos por essas causas responderam por 11,4% da mortalidade geral em 2004, representando a terceira posição após os óbitos decorrentes das doenças do aparelho circulatório (26,9%), e das neoplasias (18,2%). Os dados a respeito dos óbitos por acidentes e violências ocorridos em Curitiba representam 14% do total da mortalidade.

Tabela 14 – Distribuição do número de óbitos e proporção de causas externas em relação a todas as causas de mortes, nas quatro capitais brasileiras e Distrito Federal – 2004

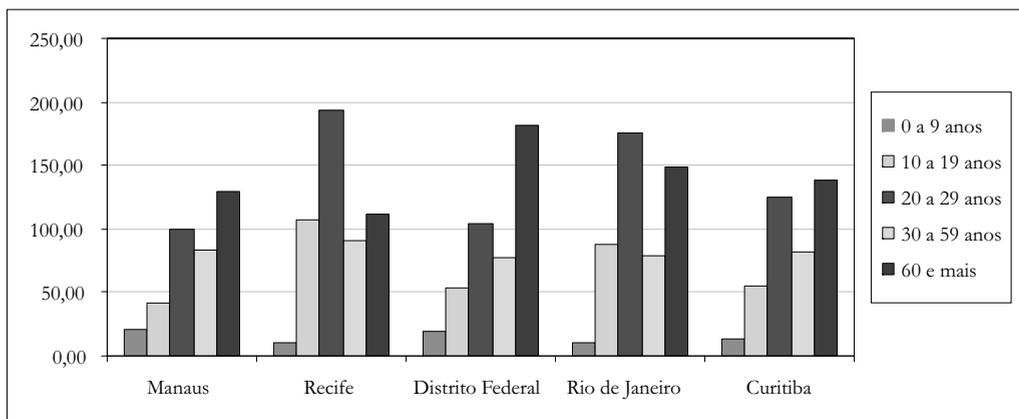
Localidades	Óbitos por causas externas		Óbitos por todas as causas
	N	%	
Manaus	1.028	14,95	6.878
Recife	1.500	14,96	10.025
Distrito Federal	1.638	17,05	9.609
Rio de Janeiro	5.757	11,42	50.417
Curitiba	1.381	14,00	9.862
Total	11.304	13,02	86.791

Fonte: Datasus, 2004.

Conforme se pode observar no gráfico 11, no período de 2000 a 2004, as taxas de mortalidade por causas externas mantiveram-se estáveis, com pequenas oscilações. As taxas de Recife e Rio de Janeiro lideram as dos demais municípios. Manaus é a cidade com as menores taxas, ao passo que Curitiba e o Distrito Federal situam-se em níveis intermediários dentre os pesquisados, invertendo suas posições apenas no ano de 2004.

Gráfico 11 – Taxa de Mortalidade por 100.000 habitantes, segundo quatro capitais brasileiras e Distrito Federal – 2000 a 2004

Recife ocupa o terceiro lugar no *ranking* das taxas de mortalidade por causas externas das capitais brasileiras; Rio de Janeiro, o sexto; Curitiba, o décimo, e Manaus, o vigésimo segundo. O Distrito Federal situa-se na décima primeira posição, considerando-se as unidades federativas.

No gráfico 12, encontram-se as taxas de mortalidade por causas externas para os cinco locais estudados, segundo faixas etárias. Em todas as áreas, os grupos etários mais afetados são os jovens de 20 a 29 anos (sobretudo em Recife e no Rio de Janeiro) e as pessoas com 60 ou mais anos de idade, principalmente no Distrito Federal.

Gráfico 12 – Distribuição das taxas de mortalidade por 100.000 habitantes, por causas externas, segundo faixa etária nas quatro capitais brasileiras e Distrito Federal – 2004

O elevado risco de morrer jovem por acidentes e violências deve-se, em grande medida, aos homicídios e aos acidentes de transporte. E os acidentes de transporte, mais especificamente os de trânsito e quedas, incidem com significativa freqüência nas faixas etárias dos idosos. Estes dados expressam a necessidade de investimento em medidas de promoção e de prevenção nesses ciclos da vida.

Na tabela 15, dispõem-se números, percentuais e taxas de mortalidade por causas externas específicas, segundo sexo, em cada uma das áreas estudadas. Agressões e acidentes de transporte são, sem exceção, os principais subgrupos responsáveis pelo conjunto dos óbitos por acidentes e violências. Em seguida vêm as outras subcausas que englobam as mortes por queda, afogamento, exposição a forças mecânicas inanimadas, animadas, à fumaça, às forças da natureza, envenenamentos e intoxicação, dentre outras, correspondendo aos códigos W00-W99 e X00-X59 da CID-versão 10 (OMS, 1996).

É importante destacar Recife e Rio de Janeiro como as capitais com maiores taxas de agressões, enquanto em Curitiba e no Distrito Federal ressaltam os maiores riscos de mortes por acidentes de transporte.

Ainda em relação aos subgrupos de causas específicas, ressaltamos a variação observada nos percentuais relativos aos eventos cuja intenção é indeterminada, demonstrando a necessidade de melhor esclarecimento sobre a causa básica do óbito, ou seja, da causa externa que provocou a lesão que levou ao óbito. Dentre os municípios estudados, no Rio de Janeiro, 10,9% e, em Recife, 8,5% dos óbitos por causas externas não tiveram sua causa básica esclarecida. Em Manaus e no Distrito Federal, essa proporção é inferior a 1%.

Já ressaltamos, em diversos estudos, a necessidade de melhor investigação dessa categoria, pois nela costumam estar incluídos homicídios e acidentes de trânsito que, por não terem sido esclarecidos, ficam subestimados.

O sexo masculino é o grande grupo vitimizado pelas causas externas que levam a óbito. Em cada um dos locais aqui estudados, os homens constituem mais de 80% dos que morreram. A sobremortalidade masculina por causas externas se expressa em taxas que são até 6,4 vezes maiores quando comparadas à situação das mulheres na cidade de Recife; e até 14,8 vezes quando levamos em conta as mortes por agressões em Curitiba. Assinalamos que as taxas de homicídio em cada um das áreas apresentam uma magnitude muitas vezes maior no sexo masculino que no sexo feminino, o que ocorre também em todo o país.

Como se observa na tabela 15, em Manaus, no período de 2000 a 2004, as taxas de mortalidade por agressões variaram de 25 a 32,4 óbitos por 100.000 habitantes. Nesses cinco anos não houve mudanças da tendência, tanto na distribuição proporcional dos grupos de causas como na taxa, exceto por uma leve queda em 2001. Em 2004, foram 1.028 óbitos por causas externas com taxa de 65,66 por 100.000 habitantes.

Em Recife as agressões responderam por 64,3% dos óbitos por causas externas e apresentam taxas elevadíssimas em toda a série (acima de 64 por 100.000 habitantes), caracterizando um estado de extrema violência urbana. Existe uma discreta diminuição do coeficiente no ano de 2004, o que pode estar sendo ocultado pela elevação do coeficiente do

grupo dos eventos com intenção indeterminada. Nesse ano ocorreram 1.500 óbitos por causas externas no conjunto da população e a taxa foi 101,80/100.000 habitantes.

Tabela 15 – Número, proporção e taxa (por 100.000 habitantes) das principais causas externas específicas de mortes segundo sexo nas cinco localidades – 2004

Localidades	Masculino				Feminino			
	Causa	N	%	Taxa	Causa	N	%	Taxa
Manaus	Agressões	370	42,97	48,47	Outras causas acidentais	62	37,13	7,73
	Acidente de transporte	228	26,48	29,87	Acidente de transporte	55	32,93	6,86
	Total	861	100,0	112,79	Total	167	100,0	20,81
Recife	Agressões	883	69,36	128,87	Agressões	81	35,68	10,28
	Acidente de transporte	183	14,38	26,71	Acidente de transporte	45	19,82	5,71
	Total	1273	100,0	185,79	Total	227	100,0	28,80
Distrito Federal	Agressões	642	46,62	60,08	Acidente de transporte	88	33,72	7,55
	Acidente de transporte	419	30,43	39,21	Outras causas acidentais	88	33,72	7,55
	Total	1377	100,0	128,85	Total	261	100,0	22,40
Rio de Janeiro	Agressões	2518	53,71	89,29	Outras causas acidentais	406	37,98	12,72
	Acidente de transporte	753	16,06	26,70	Acidente de transporte	225	21,05	7,05
	Total	4688	100,0	166,25	Total	1069	100,0	33,50
Curitiba	Agressões	547	48,36	67,22	Acidente de transporte	108	43,20	12,22
	Acidente de transporte	316	27,94	38,83	Outras causas acidentais	62	24,80	7,01
	Total	1131	100,0	138,98	Total	250	100,0	28,28

Fonte: Datasus, 2004.

Ainda de acordo com a tabela 15, no Distrito Federal, as causas externas provocaram 1.638 óbitos em 2004, com taxa de 73,33/100.000 habitantes. As agressões, juntamente com os acidentes de trânsito, perfazem cerca de 73% das mortes por todas as causas externas. Nessa cidade, quase metade das mortes de jovens e adolescentes é causada por agressões. Além disso, 6% das lesões são autoprovocadas.

No município do Rio de Janeiro, ocorreram 5.757 mortes por causas externas em 2004, com taxa de 95,78/100.000 habitantes. As agressões foram responsáveis por 47,1% das mortes por causas externas nesse mesmo ano, com a taxa de 45.10 por 100.000 habitantes.

Em Curitiba, as causas externas levaram a óbito 1.381 pessoas, constituindo a taxa de 81,35/100.000 habitantes. A tendência das agressões letais apresenta franco crescimento. Nas duas últimas décadas, seus coeficientes mais do que quadruplicaram, passando de 7,7 óbitos por 100.000 habitantes, em 1980, para 34,58, em 2004. Em 2001, as mortes por essa causa passaram a representar a primeira posição entre as externas, no município. De 2000 a 2003 houve um crescimento constante de cerca de 11% ao ano; de 2003 a 2004 esse incremento foi de 24%. Dentre as localidades estudadas, Curitiba se destaca por persistente crescimento de mortes por agressões.

Pelos dados expostos, podemos afirmar que as mortes por acidentes e violências são as maiores responsáveis pela diminuição da expectativa de vida dos homens nas cinco áreas estudadas. Já para a população feminina, o risco de morrer é maior por acidente de transporte, exceto em Recife, onde elas também estão muito expostas às agressões letais.

Esse padrão de mortalidade masculina vem sendo apontado na maioria dos estudos sobre o tema. Este parece ser um problema mundial que se reproduz na maioria das sociedades, apenas variando na intensidade que singulariza as relações sociais nesses espaços sociais. A sobremortalidade masculina por causas externas reflete vários problemas, como a cultura machista, a exposição dos homens a atividades de maior risco, mesmo quando a maioria das profissões hoje existentes já inclua, indiferentemente, homens e mulheres.

Morbidade

A morbidade por acidentes e violências é aqui analisada a partir dos dados que constam do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), cuja fonte primária são as Autorizações para Internação Hospitalar (AIH). Foram consideradas as internações por causas externas de residentes do município. Os casos de longa permanência (mais de 180 dias) que geraram mais de uma internação foram contados cada vez que foram incluídos (uma pessoa pode ter gerado mais de uma internação, por exemplo). As situações clínicas que deram origem a complicações devido a procedimentos médicos e foram posteriomente assim classificadas foram incluídas, como preconiza a CID, como uma causa externa. Conseqüentemente, o inverso também pode ter ocorrido: casos em que uma causa externa tenha gerado posterior internação por decorrências clínicas, não identificada e não relacionada como violência ou acidente, não foi contabilizada.

De acordo com a tabela 16, em 2004 houve 680.784 internações por todas as causas nos hospitais próprios e conveniados da rede SUS dos cinco locais aqui considerados. Do total, 46.296 (6,8%) foram por lesões e envenenamentos.

Dentre todas as internações ocorridas em Manaus no ano de 2004, as lesões e envenenamentos representaram 5,6%, constituindo a sétima causa de hospitalização. Este município, em relação às demais aqui pesquisadas, apresenta a segunda menor taxa de internação por causas externas.

Em Recife, foram realizadas 93.389 hospitalizações por todas as causas e as lesões e envenenamentos responderam por 7%, ocupando o 6º lugar no perfil geral.

No Distrito Federal, foram 9.359 internações devidas aos acidentes e violências, correspondendo a 6% do total de hospitalizações realizadas em 2004.

Embora, em termos absolutos, o Rio de Janeiro seja a capital com maior número de internações por lesões e envenenamentos, sua taxa de hospitalização por essas causas aparece como a mais baixa (261,94 por 100.000 habitantes). Tais ocorrências respondem por 7% das internações do município.

Comparada às demais cidades investigadas, Curitiba é a que possui a maior taxa de internação (514,93/100.000 habitantes) e a maior participação das lesões e envenenamentos no conjunto das internações (8,5%).

Tabela 16 – Distribuição do número, percentual e taxa de internação hospitalar por lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas, segundo quatro capitais brasileiras e Distrito Federal – 2004

Localidades	Internações por lesões e envenenamentos			Internações por todas as causas
	N	%	Taxa*	
Manaus	5.894	5,58	3,76	105.603
Recife	6.556	7,02	4,45	93.389
Distrito Federal	9.359	6,00	4,19	102.187
Rio de Janeiro	15.745	7,04	2,62	155.864
Curitiba	8.742	8,55	5,15	223.741
Total	46.296	6,80	3,57	680.784

Fonte: Datasus, 2004.
*Taxa por 1.000 hab.

É importante destacar que as taxas de internação dependem de alguns fatores, dentre os quais a gravidade da lesão e a disponibilidade de leitos hospitalares. Em relação aos acidentes e violências, sabemos que os ferimentos severos provocados pelas armas de fogo e os politraumatismos provenientes dos acidentes de trânsito muitas vezes matam instantaneamente no local em que ocorreu a agressão, sem que a vítima tenha chance de receber qualquer atendimento médico. Seria de grande relevância um estudo que comparasse a mortalidade no ambiente pré-hospitalar com a mortalidade de vítimas que ocorre durante o atendimento hospitalar. No entanto, não foi este o propósito do presente estudo, que teve caráter exploratório.

Na tabela 16, encontram-se os tipos de lesões e envenenamentos que levaram à internação. Notamos que, de modo geral, as fraturas e os traumatismos respondem pela maioria dos casos. Somadas, essas ocorrências variam proporcionalmente de 62,1%, em Recife, a 73,1%, em Manaus.

As categorias fraturas e traumatismos constam no capítulo XIX da CID-versão 10 (OMS, 1996) e reúnem uma grande variedade de situações acidentais ou violentas, resultantes de agressões e tentativas de homicídio, acidentes de transporte, atropelamentos, quedas, lesões auto-infligidas, dentre outros acidentes e violências. No que se refere à morbidade, constituem o diagnóstico primário, permitindo o conhecimento sobre a lesão ou envenenamento que resultou na necessidade de internação hospitalar.

Em Manaus, Rio de Janeiro e Curitiba as fraturas apresentam percentuais bastante elevados (acima de 50%), em relação a Recife e Distrito Federal que, comparados às três primeiras cidades, possuem maiores proporções de traumatismos (acima de 20%).

Ressaltamos os reduzidíssimos registros de "síndromes de maus-tratos" nos dados de Manaus, Distrito Federal, Rio de Janeiro e Curitiba. Nenhum registro foi feito em Recife. Se o fato de haver algum registro desses eventos, provavelmente decorrentes de violência doméstica ou interpessoal, é positivo, é notório que há uma subnotificação, o que decorre de vários motivos, principalmente da falta de preparo dos profissionais de saúde para reconhecê-los e tratá-los, bem como para trabalhar preventivamente com a violência.

Entre as áreas investigadas, Manaus possui a maior proporção de internações por complicações advindas dos cuidados médicos e cirúrgicos (9,7%). Este subgrupo, segundo a classificação da OMS, está incluído na categoria causas externas e aponta para o debate da qualidade da assistência.

Em todas as localidades consideradas, os traumatismos representam a principal causa de internação por causas externas. Em Recife, eles representam 74,9% das causas externas; no Distrito Federal, 77,9%; no Rio de Janeiro, 86,4% e em Curitiba, 86,6% das internações por lesões e envenenamentos, em 2004.

Tabela 17 – Distribuição do número, percentual e taxa de internação hospitalar por lesões e envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas nas quatro capitais brasileiras e Distrito Federal – 2004

Causas de Morbidade	Manaus			Recife			Distrito Federal			Rio de Janeiro			Curitiba		
	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*
Fraturas**	3152	53,48	2,01	2566	39,14	1,74	3325	35,53	1,49	8780	55,76	1,46	4576	52,35	2,70
Luxações, entorse, distensão regiões específicas e múltiplas do corpo	177	3,00	0,11	225	3,43	0,15	350	3,74	0,16	630	4,00	0,10	621	7,10	0,37
Traumatismos***	1158	19,65	0,74	1507	22,99	1,02	2175	23,24	0,97	2531	16,07	0,42	1481	16,94	0,87
Lesões esmagamento, amputações, traumatismos em regiões específicas e múltiplas do corpo	26	0,44	0,02	56	0,85	0,04	97	1,04	0,04	430	2,73	0,07	136	1,56	0,08
Outros traumas reg. espec. não-espec. e múltiplos do corpo	549	9,31	0,35	555	8,47	0,38	1341	14,33	0,60	1234	7,84	0,21	752	8,60	0,44
Efeitos corpo estranho através de orifício natural	27	0,46	0,02	28	0,43	0,02	151	1,61	0,07	75	0,48	0,01	81	0,93	0,05
Queimaduras e corrosões	5	0,08	0,00	411	6,27	0,28	240	2,56	0,11	422	2,68	0,07	393	4,50	0,23
Envenenamento por drogas e substâncias biológicas	57	0,97	0,04	56	0,85	0,04	160	1,71	0,07	84	0,53	0,01	69	0,79	0,04
Efeitos tóxicos substâncias origem princ. não-medicinal	134	2,27	0,09	728	11,10	0,49	759	8,11	0,34	138	0,88	0,02	45	0,51	0,03
Síndromes de maus-tratos	2	0,03	0,00	-	0,00	0,00	1	0,01	0,00	2	0,01	0,00	1	0,01	0,00
Outros efeitos e não espec. de causas externas	16	0,27	0,01	8	0,12	0,01	37	0,40	0,02	12	0,08	0,00	15	0,17	0,01

Tabela 17 – Distribuição do número, percentual e taxa de internação hospitalar por lesões e envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas nas quatro capitais brasileiras e Distrito Federal – 2004 (cont.)

Causas de Morbidade	Manaus			Recife			Distrito Federal			Rio de Janeiro			Curitiba		
	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*
Certas complicações precoces de traumas; complicações cirúrgicas de assistência médica (NCOP)****	573	9,72	0,37	394	6,01	0,27	569	6,08	0,25	1212	7,70	0,20	456	5,22	0,27
Seqüelas de traumas, envenenamentos e outras conseqüências de causas externas	18	0,31	0,01	22	0,34	0,01	154	1,65	0,07	195	1,24	0,03	116	1,33	0,07
Total	5894	100,00	3,76	6556	100,00	4,45	9359	100,00	4,19	15745	100,00	2,62	8742	100,00	5,15

Fonte: Datasus, 2004.
(*) Taxa por 1.000 hab.
(**) Fraturas: fratura do crânio e dos ossos da face, pescoço, tórax ou pelve, fratura do fêmur, fratura de outros ossos dos membros, fraturas envolvendo múltiplas regiões do corpo.
(***) Traumatismos: traumatismo do olho e da órbita ocular, traumatismo intracraniano, traumatismo de outros órgãos internos.
(****) NCOP - Não contempladas em outras partes.

A análise a seguir refere-se às internações por causas externas, segundo sexo. É importante frisar que, de acordo com o Datasus, os totais aqui considerados englobam os eventos classificados no capítulo XIX da CID-versão 10 – lesões e envenenamentos – e os codificados no capítulo XX – causas externas – do mesmo manual. Por isto, para algumas áreas, o total de internações hospitalares ultrapassa os apresentados anteriormente.

Conforme consta na tabela 18, assim como nos dados de mortalidade já discutidos, do ponto de vista das internações, o sexo masculino é também o mais afetado, embora em menor intensidade. Os homens representam as maiores proporções de hospitalizações por causas externas em Manaus (76,3%) e menores, no Rio de Janeiro (66,7%).

Tabela 18 – Número, proporção e taxa (por 1.000 habitantes) das principais causas externas específicas de internação hospitalar segundo sexo nas cinco localidades – 2004

Localidades	Masculino				Feminino			
	Causa	N	%	Taxa	Causa	N	%	Taxa
Manaus	Causa externa indeterminada	3.751	83,37	4,92	Causa externa indeterminada	1.029	73,66	1,28
	Outras causas acidentais	383	8,51	0,50	Outras causas acidentais	205	14,67	0,26
	Total	4.499	100,00	5,89	Total	1397	100,00	1,74
Recife	Outras causas acidentais	4.281	91,97	6,25	Outras causas acidentais	1.706	89,74	2,16
	Fatores suplementares relacionados a outras causas	146	3,14	0,21	Complicações de assistência médica e cirúrgica	72	3,79	0,09
	Total	4.655	100,00	6,79	Total	1.901	100,00	2,41
Distrito Federal	Outras causas acidentais	3.750	54,42	3,51	Outras causas acidentais	1.512	59,83	1,30
	Acidente de transporte	1.253	18,18	1,17	Acidente de transporte	363	14,36	0,31
	Total	6.891	100,00	6,45	Total	2.527	100,00	2,17
Rio de Janeiro	Outras causas acidentais	5.554	52,79	1,97	Outras causas acidentais	3.431	65,28	1,08
	Acidente de transporte	2.850	27,09	1,01	Acidente de transporte	990	18,84	0,31
	Total	10.521	100,00	3,73	Total	5.256	100,00	1,65
Curitiba	Outras causas acidentais	5.586	92,58	6,86	Outras causas acidentais	2.426	89,45	2,74
	Acidente de transporte	203	3,36	0,25	Complicações de assistência médica e cirúrgica	198	7,30	0,22
	Total	6.034	100,00	7,41	Total	2.712	100,00	3,07

Fonte: Datasus, 2004.

Para a maioria das causas aqui consideradas, observamos que as taxas de hospitalizações masculinas são maiores que as femininas. Isso se repete em quase todos os espaços pesquisados, exceto em Manaus, onde as mulheres aparecem com taxas mais elevadas em vários dos subgrupos de internações por causas externas.

É preciso chamar atenção para as elevadíssimas proporções de registros de pouca qualidade em Manaus, na rubrica "eventos cuja intenção é indeterminada". Para esse grupo

escoam mais de 80% das notificações de internações por causas externas, representando ocorrências em que ou não se esclareceu o acidente, ou a violência que gerou a lesão e redundou na necessidade de cuidado médico hospitalar.

Esse conjunto de informações imprecisas certamente é responsável por vários problemas, como subdimensionamento das demais causas, tais como as provenientes de quedas e agressões e, principalmente, dificultam tomada de decisão a partir do perfil epidemiológico.

Incluídos na categoria "outras causas externas de lesões acidentais" estão as quedas, que, em Manaus, foram responsáveis por 83,8% das internações por essa categoria.

Recife apresenta boa qualidade de informação hospitalar, com proporção menor que 1% relativa aos eventos cuja intenção é indeterminada. O destaque para esta capital deve ser dado para o grupo das "outras causas externas de lesões acidentais" cujas taxas disparam, em relação aos demais locais estudados, em grande parte pelas internações do sexo masculino.

Em relação às internações dos homens por esse subconjunto de causas, a taxa de Recife é das mais elevadas, só perdendo para Curitiba. Ao contrário da cidade de Manaus, do Distrito Federal e do Rio de Janeiro, em Recife não é a queda o principal evento que compõe o subconjunto das outras causas externas, e sim a "exposição acidental a outros fatores e aos não especificados", que representam 87,0%.

Novamente, os homens são responsáveis pela maior parte delas, com 71,7% das hospitalizações por fatores não especificados. Neste item, entretanto, a qualidade das informações é deficiente, pois há grande número de casos classificados como não especificados.

Dentre os locais pesquisados, o Distrito Federal apresentou a segunda mais elevada relação homem/mulher nas taxas de internação, depois de Manaus. Foram três internações de homens por causas externas para cada hospitalização de mulher. Comparado com as demais capitais estudadas, o Distrito Federal apresentou as maiores taxas de internações por acidentes de trânsito e por agressões.

É importante ressaltar que tanto no Distrito Federal como em Recife existe bom nível de qualidade dos esclarecimentos dos subgrupos de causas externas, ficando 10% dos casos indefinidos. As quedas (57,6%) e a exposição à corrente elétrica, à radiação e às temperaturas e pressões extremas do ambiente (14,3%) foram as maiores responsáveis pelo elevado percentual de internações incluídas na subcategoria "outras causas externas de lesões acidentais" no Distrito Federal.

As taxas de internação por acidentes de trânsito e por agressões no Rio de Janeiro vêm em segundo lugar na relação das áreas aqui pesquisadas, perdendo apenas para o Distrito Federal, conforme se pode observar na tabela 18.

As agressões e tentativas de homicídios representam apenas 6,7% do total de internações por causas externas. Essa informação suscita algumas hipóteses, dentre as quais a mais óbvia seria que, na maior parte das agressões que resultam em homicídios, a vítima falece antes de ser internada e gerar um registro no SIH.

Novamente as outras causas externas de lesões e acidentes aparecem com altas proporções de internações no Rio de Janeiro e as quedas foram as responsáveis por esse

elevado percentual de hospitalizações. Elas compõem 76,1% da subcategoria em questão, seguidas pela exposição a forças mecânicas inanimadas (10,4%).

Ainda de acordo com a tabela 18, Curitiba possui, junto com o Rio de Janeiro, a menor proporção de internações de homens (69%) e, portanto, uma das menores relações de sexo: foram 2,4 homens internados por causas externas em relação a cada mulher.

Entre os subgrupos de causas, destacam-se, no Rio de Janeiro, as "complicações advindas de cuidados médicos e cirúrgicos" que apresentam a maior taxa no conjunto das áreas investigadas. Curitiba e Recife contam com as maiores proporções de hospitalizações por "outras causas externas de lesões acidentais". Nesse subgrupo a exposição à corrente elétrica, à radiação e às temperaturas e pressões extremas do ambiente é muito elevada em Curitiba (75,2%).

Nas tabelas de 19 a 23, apresentam-se proporções e taxas de internação por causa externa segundo faixas etárias. Ao analisar essas hospitalizações, observamos que os idosos são os que mais se internaram por causas externas em todas as áreas estudadas, exceto no Rio de Janeiro, onde as crianças de 0 a 9 anos apresentaram os maiores percentuais de internação por essas causas, correspondendo à hospitalização por acidentes de trânsito e agressões.

O grupo etário de 10 a 19 anos apresentou as maiores taxas de internação por causas externas em Curitiba. No entanto, é no Rio de Janeiro onde as pessoas nessa faixa de idade sofreram mais com os acidentes de trânsito, ao passo que no Distrito Federal foram as agressões que as levaram a buscar cuidados médico-hospitalares.

Para os adultos jovens (20 a 29 anos), a maior taxa de internação por causas externas também aconteceu em Curitiba, mas o risco de agressões e acidentes de trânsito foi maior no Distrito Federal.

Em Recife, o grupo das pessoas com 30 a 59 anos foi o que mais se internou pelas causas externas no ano de 2004 e, novamente, também nesta faixa etária, é o Distrito Federal que conta com as maiores taxas de hospitalização por agressões e acidentes de trânsito.

Considerando cada uma das áreas estudadas, vemos que, em Manaus, chama atenção a ausência de registros de suicídio, em todas as faixas etárias. Vemos também que é muito alta a proporção de eventos cuja causa é indeterminada em todos os grupos etários, configurando no geral 81% de todas as internações. Isso indica a má qualidade das informações na capital do Amazonas.

As crianças (0-9 anos) manauenses constituíram o grupo com a maior proporção de internação por causa não especificada (eventos cuja intenção é indeterminada, 81%; e outras causas externas de lesões acidentais, 15%). Os acidentes de transporte foram mais freqüentes entre os adultos jovens (20-29), com 7%.

Dentre todos os estratos etários, as pessoas com 60 anos e mais tiveram a maior taxa de internação hospitalar por causa externa em 2004. Elas são ainda as mais vitimadas pelos acidentes de transporte e pelas agressões na cidade de Manaus, se comparadas com as

outras localidades aqui investigadas. A variação das taxas de internações, entre os cinco grupos etários, foi de 2,2/1000 habitantes menores de 10 anos a 28,0/1000 maiores de 60 anos, como pode ser visto na tabela 19.

Tabela 19 – Distribuição do número, percentual e taxa de internação hospitalar por causas externas, segundo faixa etária. Manaus – 2004

Causas Externas Específicas	0 – 9			10 – 19			20 – 29			30 – 59			60 e mais		
	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*
Acidentes de transporte	19	2,35	0,05	55	5,83	0,16	99	6,96	0,30	119	5,80	0,26	119	5,80	1,63
Outras causas externas de lesões acidentais	122	15,08	0,34	79	8,37	0,23	92	6,47	0,28	214	10,44	0,46	214	10,44	2,92
Agressões	0	0,00	0,00	9	0,95	0,03	38	2,67	0,12	42	2,05	0,09	42	2,05	0,57
Eventos cuja intenção é indeterminada	656	81,09	1,82	787	83,37	2,28	1172	82,36	3,59	1618	78,93	3,51	1618	78,93	22,10
Intervenções legais e operações de guerra	6	0,74	0,02	2	0,21	0,01	5	0,35	0,02	5	0,24	0,01	5	0,24	0,07
Complicações de assistência médica e cirúrgica	4	0,49	0,01	1	0,11	0,00	6	0,42	0,02	9	0,44	0,02	9	0,44	0,12
Seqüelas de causas externas	1	0,12	0,00	11	1,17	0,03	11	0,77	0,03	43	2,10	0,09	43	2,10	0,59
Fatores suplementares relacionados a outras causas	1	0,12	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Total	809	100,00	2,25	944	100,00	2,73	1423	100,00	4,36	2050	100,00	4,44	2050	100,00	28,00

Fonte: Datasus, 2004.
* Total por 1.000 hab.

A distribuição proporcional e as taxas das internações por causas externas específicas segundo faixa etária, em Recife, no ano de 2004, mostram que entre as crianças as outras lesões acidentais são predominantes, alcançando 96% do total. Essas, somadas aos acidentes de transportes, perfazem a quase totalidade das causas externas. Os eventos responsáveis pela alta proporção de internações por esta subcategoria entre as crianças não foram bem definidos e por esse motivo são classificados como exposição acidental a outros fatores e aos não especificados.

Assim como em Manaus, o grupo dos recifenses com 60 anos e mais apresentaram a maior taxa de hospitalizações por causas externas, em 2004 (6,46/1000 habitantes). Esse grupo é seguido pelo dos adultos com 30 a 59 anos (5,26/1000 habitantes), conforme mostra a tabela 20.

Tabela 20 – Distribuição do número, percentual e taxa de internação hospitalar por causas externas, segundo faixa etária. Recife – 2004

Causas Externas Específicas	0 - 9			10 - 19			20 - 29			30 - 59			60 e mais		
	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*
Acidentes de transporte	19	2,68	0,08	17	1,90	0,06	24	1,85	0,09	51	1,85	0,10	42	4,70	0,30
Outras causas externas de lesões acidentais	681	95,93	2,75	852	95,09	2,96	1211	93,15	4,41	2468	89,52	4,71	775	86,79	5,60
Lesões autoprovocadas voluntariamente	1	0,14	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Agressões	1	0,14	0,00	0	0,00	0,00	3	0,23	0,01	2	0,07	0,00	0	0,00	0,00
Eventos cuja intenção é indeterminada	1	0,14	0,00	2	0,22	0,01	1	0,08	0,00	3	0,11	0,01	0	0,00	0,00
Complicações de assistência médica e cirúrgica	2	0,28	0,01	5	0,56	0,02	16	1,23	0,06	47	1,70	0,09	51	5,71	0,37
Seqüelas de causas externas	5	0,70	0,02	20	2,23	0,07	33	2,54	0,12	56	2,03	0,11	21	2,35	0,15
Fatores suplementares relacionados a outras causas	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	12	0,92	0,04	130	4,72	0,25	4	0,45	0,03
Total	710	100,00	2,86	896	100,00	3,11	1300	100,00	4,73	2757	100,00	5,26	893	100,00	6,46

Fonte: Datasus, 2004.
(*) Total por 1.000 hab.

Os adultos (20 a 29 e 30 a 59 anos) são os que apresentam maiores taxas de internações por acidentes de transporte e agressões no Distrito Federal (tabela 19). Vale a pena destacar que, juntamente com o Rio de Janeiro, esta é a área onde as tentativas de suicídio são mais freqüentes dentre todas as faixas etárias. No grupo das pessoas de 30 a 59 anos, além do Distrito Federal e do Rio de Janeiro, Curitiba aparece com as maiores taxas de internações por lesões autoprovocadas, como veremos mais adiante.

Tabela 21 – Distribuição do número, percentual e taxa de internação hospitalar por causas externas, segundo faixa etária. Distrito Federal – 2004

Causas Externas Específicas	0 – 9			10 – 19			20 –29			30 –59			60 e mais		
	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*
Acidentes de transporte	124	11,91	0,29	197	17,07	0,43	517	22,96	1,09	675	17,21	0,89	103	9,82	0,86
Outras causas externas de lesões acidentais	776	7,54	1,82	678	58,75	1,50	1128	50,09	2,37	1993	50,82	2,63	687	65,49	5,75
Lesões autoprovocadas voluntariamente	4	0,38	0,01	10	0,87	0,02	30	1,33	0,06	69	1,76	0,09	5	0,48	0,04
Agressões	45	4,32	0,11	130	11,27	0,29	304	13,50	0,64	437	11,14	0,58	47	4,48	0,39
Eventos cuja intenção é indeterminada	64	6,15	0,15	84	7,28	0,19	160	7,10	0,34	295	7,52	0,39	69	6,58	0,58
Intervenções legais e operações de guerra	1	0,10	0,00	1	0,09	0,00	1	0,04	0,00	2	0,05	0,00	0	0,00	0,00
Complicações de assistência médica e cirúrgica	13	1,25	0,03	14	1,21	0,03	29	1,29	0,06	89	2,27	0,12	77	7,34	0,64
Seqüelas de causa externas	12	1,15	0,03	39	3,38	0,09	64	2,84	0,13	132	3,37	0,17	46	4,39	0,39
Fatores suplementares relacionados a outras causas	2	0,19	0,00	1	0,09	0,00	19	0,84	0,04	230	5,86	0,30	15	1,43	0,13
Total	1.041	100,00	2,44	1.154	100,00	2,55	2252	100,00	4,74	3.922	100,00	5,17	1.049	100,00	8,79

Fonte: Datasus, 2004.
* Total por 1.000 hab.

A distribuição das internações por causas externas no Rio de Janeiro, segundo faixa etária, revela que a subcategoria "outras causas externas de lesões acidentais" é a mais freqüente em todas as idades. As taxas mais elevadas se encontram entre as crianças de 0 a 9 anos. Entre elas também estão as mais altas taxas de acidentes de transporte e agressões (2,31 e 0,73, ambos por 1000 habitantes, respectivamente), se comparadas com as outras faixas etárias.

No subgrupo de "outras causas externas de lesões acidentais", predominam as quedas em todos os grupos etários. Porém, é entre os idosos que elas estão mais presentes e respondem por 30,8% dos eventos classificados nesse subgrupo, conforme o que vem descrito na tabela 22.

Tabela 22 – Distribuição do número, percentual e taxa de internação hospitalar por causas externas, segundo faixa etária. Rio de Janeiro – 2004

Causas Externas Específicas	0 – 9			10 – 19			20 – 29			30 – 59			60 e mais		
	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*
Acidentes de transporte	210	15,13	2,31	545	28,87	0,56	1.006	32,51	0,99	1538	25,35	0,66	541	16,20	0,70
Outras causas externas de lesões acidentais	1004	72,33	11,04	974	51,59	1,00	1.318	42,60	1,30	3394	55,93	1,45	2295	68,73	2,98
Lesões autoprovocadas voluntariamente	1	0,07	0,01	8	0,42	0,01	19	0,61	0,02	34	0,56	0,01	10	0,30	0,01
Agressões	66	4,76	0,03	180	9,53	0,19	391	12,64	0,38	394	6,49	0,17	31	0,93	0,04
Eventos cuja intenção é indeterminada	73	5,26	0,80	102	5,40	0,10	156	5,04	0,15	313	5,16	0,13	140	4,19	0,18
Complicações de assistência médica e cirúrgica	22	1,59	0,24	75	3,97	0,08	190	6,14	0,19	345	5,69	0,15	283	8,48	0,37
Seqüelas de causas externas	12	0,86	0,13	4	0,21	0,00	9	0,29	0,01	40	0,66	0,02	28	0,84	0,04
Fatores suplementares relacionados a outras causas	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	5	0,16	0,00	10	0,16	0,00	11	0,33	0,01
Total	1.388	100,00	15,26	1888	100,00	1,94	3094	100,00	3,05	6068	100,00	2,59	3339	100,00	4,33

Fonte: Datasus, 2004.
* Total por 1.000 hab.

Na cidade de Curitiba, são os adultos jovens (20 a 29 anos) e os idosos (60 anos e mais) que apresentam as maiores taxas de internações por causas externas. A subcategoria das "outras causas" também aparece com as maiores taxas em todas as faixas etárias, como podemos ver na tabela 23. É interessante notar que entre os curitibanos o evento responsável pelas altas taxas dessa subcategoria é a exposição a corrente elétrica, a radiação e a temperaturas e pressões extremas do ambiente, ao contrário de Manaus, Rio de Janeiro e Distrito Federal, onde o que mais aparece são as quedas.

Tabela 23 – Distribuição do número, percentual e taxa de internação hospitalar por causas externas, segundo faixa etária. Curitiba – 2004

Causas Externas Específicas	0 - 9			10 - 19			20 – 29			30 - 59			60 e mais		
	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*
Acidentes de transporte	12	1,14	0,04	27	2,13	0,09	83	4,66	0,26	122	3,66	0,19	21	1,60	0,15
Outras causas externas de lesões acidentais	999	95,23	3,61	1213	95,51	3,92	1637	91,81	5,06	3028	90,88	4,70	1135	86,51	7,94
Lesões autoprovocadas voluntariamente	1	0,10	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	0,03	0,00	0	0,00	0,00
Agressões	1	0,10	0,00	7	0,55	0,02	20	1,12	0,06	14	0,42	0,02	0	0,00	0,00
Eventos cuja intenção é indeterminada	19	1,81	0,07	2	0,16	0,01	0	0,00	0,00	3	0,09	0,00	0	0,00	0,00
Complicações de assistência médica e cirúrgica	16	1,53	0,06	19	1,50	0,06	40	2,24	0,12	156	4,68	0,24	145	11,05	1,01
Seqüelas de causa externas	0	0,00	0,00	2	0,16	0,01	2	0,11	0,01	6	0,18	0,01	6	0,46	0,04
Fatores suplementares relacionados a outras causas	1	0,10	0,00	0	0,00	0,00	1	0,06	0,00	2	0,06	0,00	5	0,38	0,03
Total	1049	100,00	3,79	1270	100,00	4,10	1783	100,00	5,51	3332	100,00	5,17	1312	100,00	9,18

Fonte: Datasus, 2004.
* Total por 1.000 hab.

Apresentamos, a seguir, um resumo das principais causas externas de hospitalização nas cinco localidades investigadas (quadro 4).

Quadro 4 – Principais causas de internação hospitalar, segundo faixas etárias nas quatro capitais brasileiras e Distrito Federal – 2004

Cidade	0 - 9 anos	10 - 19 anos	20 - 29 anos	30 - 59 anos	60 e mais anos
Manaus	Intenção indeterminada Outras causas acidentais	Intenção indeterminada Outras causas acidentais	Intenção indeterminada Acidentes de transporte	Intenção indeterminada Outras causas acidentais	Intenção indeterminada Acidentes de transporte Agressões
Recife	Outras causas acidentais Acidente de transporte	Outras causas acidentais Seqüelas de causas externas	Outras causas acidentais Seqüelas de causas externas	Outras causas acidentais Fatores suplementares relacionados a outras causas	Outras causas acidentais Complicações de assistência médica e cirúrgica
Distrito Federal	Outras causas acidentais Acidente de transporte Agressões	Outras causas acidentais Acidente de transporte Agressões	Outras causas acidentais Acidente de transporte Agressões	Outras causas acidentais Acidente de transporte Agressões	Outras causas acidentais Acidente de transporte
Rio de Janeiro	Outras causas acidentais Acidente de transporte Agressões	Outras causas acidentais Acidente de transporte	Outras causas acidentais Acidente de transporte	Outras causas acidentais Acidente de transporte	Outras causas acidentais Acidente de transporte
Curitiba	Outras causas acidentais Complicações de assistência médica e cirúrgica	Outras causas acidentais Acidente de transporte	Outras causas acidentais Acidente de transporte	Outras causas acidentais Complicações de assistência médica e cirúrgica	Outras causas acidentais Complicações de assistência médica e cirúrgica

Fonte: Datasus, 2004.

Finalizamos esta análise de internações hospitalares com algumas considerações. Como já foi dito, o atendimento nas emergências hospitalares não caracteriza hospitalização e não resulta em registro de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Por esse motivo, os pacientes atendidos nas emergências hospitalares e que venham a falecer nesses serviços ou que recebam alta após o atendimento não fazem parte do banco de dados e nem das estatísticas que analisamos aqui. Portanto, esse conjunto de informações fica de fora de qualquer reflexão que não seja produzida por um trabalho de campo específico.

Outra questão crucial é a que se refere à qualidade dos registros do sistema de saúde para a elucidação da acidentalidade ou da intencionalidade das lesões, traumas e envenenamentos. O SIH/SUS não foi concebido com finalidade de notificação, e sim de contabilizar procedimentos visando ao ressarcimento dos gastos hospitalares segundo tabela do Ministério da Saúde.

Na medida em que a causa externa que motivou a internação não interfere no custo da internação e, em conseqüência, no valor pago por ela, não há nenhuma garantia da validade

das informações registradas nesse campo específico. As únicas garantias que temos quanto à fidedignidade dos dados são as decorrentes do treinamento dos profissionais responsáveis pela notificação. Infelizmente, pela falta de instrumentos objetivos, é no compromisso desses servidores que repousa a qualidade do esclarecimento, na medida em que eles entendem a importância da informação qualificada para o bom andamento e melhoria do sistema de saúde como um todo.

Finalmente, devemos enfatizar a dificuldade real (ou concreta) para elucidar a motivação da internação. Conhecê-la não é tarefa simples, em especial para o profissional do setor de registro de informação, pela dificuldade de distinção entre as agressões e os acidentes. Nesses casos, a história deveria ser elucidada (pela polícia, ou pela equipe responsável pelo primeiro atendimento) e a motivação da lesão, ser registrada em prontuário, o que nem sempre acontece.

A ANÁLISE DAS DUAS MAIS IMPORTANTES CAUSAS EXTERNAS DE MORTES E DE INTERNAÇÕES: AGRESSÕES E ACIDENTES DE TRÂNSITO

De modo geral, em termos percentuais, as agressões por arma de fogo, seguidas daquelas perpetradas por objeto cortante e penetrante, assim como as exercidas por meio de força física, preponderam em todas as localidades investigadas, tanto na mortalidade como nas internações hospitalares.

De acordo com os dados do Departamento Nacional de Trânsito (Denatran), os acidentes de trânsito foram responsáveis por 878 mortes nos municípios de Manaus, Recife, Curitiba e no Distrito Federal, em 2002. Aproximadamente 80,0% das vítimas fatais eram do sexo masculino. Em todas essas localidades a proporção de vítimas fatais foi muito superior entre os homens: 78,4% em Manaus, 85,7% em Recife, 79,9% no Distrito Federal e 75,6% em Curitiba.

De acordo com os dados, para o conjunto das localidades estudadas, há 29 vítimas não-fatais para cada vítima fatal. Essa relação é maior no sexo feminino (46) que no masculino (25), indicando que os acidentes de trânsito com mulheres são menos graves.

A faixa etária que concentra o maior número de mortes por acidentes de trânsito é a de 30 a 59 anos, em todas as cidades.

Para os acidentes de trânsito que ocorreram no ano de 2002, as vítimas não-fatais tiveram suas maiores proporções entre as pessoas de faixa etária mais jovem (18 a 29 anos) girando em torno de 40,0% nas cidades de Manaus, Curitiba e no Distrito Federal. Em Recife, a proporção de vítimas não-fatais com idade ignorada foi maior se comparada às outras faixas etárias e às outras cidades.

A colisão com abalroamento foi o tipo de acidente que ocasionou o maior número de ocorrências, nas cinco áreas estudadas, correspondendo a 13.743 eventos, seguido pelo atropelamento com 8.097 acidentes com vítimas no ano de 2002. Em Manaus, o atropelamento foi o tipo de acidente com vítimas mais freqüente, mas, para as outras localidades, o mais comum foi a colisão.

Mais de 56% dos acidentes de trânsito ocorreram no período diurno, no ano de 2002, segundo o Denatran, em todas as localidades. Somente para Manaus essa proporção é mais equilibrada entre os períodos diurno e noturno (50,8% durante o dia e 46,4% à noite).

O perfil das causas externas, nos aspectos de mortalidade e de morbidade nas cinco capitais estudadas, é, mesmo quando levamos em conta todas as especificidades locais, uma espécie de panorama desses agravos à saúde nas grandes metrópoles do país. Mais que isso, a repetição, país afora (Souza et al., 2005), dos problemas que levam à internação poderia ser considerada, em si, um indicador de relevância absoluta para ação setor saúde em relação à qualidade das informações, na capacitação dos profissionais e no provimento dos equipamentos e tecnologias de saúde que têm a missão de responder à prevenção e ao tratamento das lesões e traumas. As informações trazidas pelas hospitalizações mostram, por exemplo, um vasto campo potencial de investimento em relação às quedas e aos acidentes de trânsito, os dois eventos de maior magnitude para internação e que deveriam ser tratados no âmbito da promoção da saúde, da prevenção, dos cuidados hospitalares e de reabilitação.

Os processos sociais que geram a exacerbação das violências e dos acidentes e o pouco investimento do Estado e da sociedade civil para muda-los se refletem nas informações específicas das localidades aqui estudadas. A rigor, os dados expostos são datados e por isso, teoricamente deveriam caducar no curto prazo, seja por mudanças sociais seja pelas respostas do setor saúde. No entanto, a situação persiste, assim como as tímidas ações setoriais, e isso é mostrado em toda a sua crueza no perfil das cinco capitais estudadas e nas mais diferentes séries sócio-históricas e epidemiológicas que dizem respeito ao país como um todo nos últimos 25 anos (Souza & Minayo, 1995; Souza et al., 2003; Souza et al., 2005; Souza & Lima, 2006).

6 | Rede de Serviços do SUS e de Atendimento a Vítimas de Violências e Acidentes

Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti
Suely Ferreira Deslandes
Maria Cecília de Souza Minayo

Este capítulo contém uma apresentação sucinta da rede de serviços que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS) em cada uma das localidades estudadas. Apresentamos ampla caracterização das unidades públicas de saúde e das principais ONGs que prestam serviços de âmbito da saúde às vítimas de acidentes e violências. A caracterização foi feita por meio de fontes de dados secundárias disponíveis nacionalmente e nas respectivas capitais.

Os dados disponíveis nos locais em análise variam de acordo com as fontes. E as categorias utilizadas na consolidação dos dados expressam enfoques diferenciados de construção dos bancos, resultando em abordagens distintas do mesmo tema. Nesta primeira seção, para estabelecer uma padronização das informações entre as diferentes localidades, foram utilizadas as bases de dados do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), bem como as informações sobre a Estratégia de Saúde da Família disponíveis na Internet, na página do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

A caracterização dos serviços da rede própria ou conveniada do SUS e das ONGs que atendem vítimas de acidentes e violências foi realizada a partir de trabalho de campo que fez parte do estudo. Buscamos criar um perfil das instituições e do tipo de atendimento que prestam, integrando-as ou confrontando-as na avaliação, sempre que possível, com a organização da rede pública de saúde, caracterizada na primeira seção deste capítulo.

Caracterização da Rede do SUS nas Cinco Capitais

Considerando a abrangência e o padrão de utilização dos serviços nas cinco capitais, verificamos que, embora todas se situem em regiões metropolitanas e no âmbito dos respectivos limites territoriais, elas são, na prática, responsáveis também pelo atendimento às populações circunvizinhas. Essa é sua primeira característica em comum.

Manaus, por exemplo, destaca-se por centralizar grande parte dos serviços de saúde disponíveis para a população do Amazonas e de alguns estados vizinhos. Em Recife, a falta de estrutura sanitária na Região Metropolitana contribui para a superlotação dos hospitais da cidade, cujas emergências atendem aos pacientes provenientes de outros municípios. Além disso, pelo menos um serviço, o centro de atenção a queimados, é referência para toda a população do Nordeste.

No Distrito Federal[4], residentes em cidades mineiras e goianas, fronteiriças à capital nacional, buscam ali assistência à saúde. No Rio de Janeiro, especialmente os moradores da Baixada Fluminense, pertencente à Região Metropolitana I, dependem dos equipamentos de saúde localizados na capital do estado, que comporta serviços de referência estadual, regional e nacional. Em Curitiba, o sistema municipal é responsável pela atenção de média e alta complexidade à população da Região Metropolitana e, para alguns procedimentos, é referência no estado do Paraná.

Em Manaus, a municipalização do sistema de saúde teve início tardiamente e a prefeitura mantém a condição de gestão plena apenas da atenção básica à saúde. Recife, Distrito Federal e Curitiba estão habilitados na gestão plena do sistema de saúde desde 1998. No Rio de Janeiro, a municipalização dos serviços de saúde, especialmente dos hospitais federais, foi posterior ao ocorrido na maioria das metrópoles brasileiras e vem sendo, durante todo o período pós-SUS, bastante conturbada. As dificuldades em grande parte se devem à extensão e complexidade da rede pública hospitalar situada na capital.

Em Manaus, a divisão territorial em distritos sanitários só teve início em 2006 e está em fase de implantação. Recife possui seis distritos sanitários, correspondentes às seis Regiões Administrativas, cada um subdividido em três microrregiões. O Distrito Federal se subdivide em 29 regiões administrativas. No Rio de Janeiro, há 10 Áreas de Planejamento Sanitário, com coordenações descentralizadas que representam o poder central na esfera local. Em Curitiba, a construção do SUS implicou um processo de fortalecimento e reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde.

Ao longo da década de 1990, foram estabelecidas gerências regionais, correspondentes atualmente a nove distritos sanitários. Nesse período, o modelo assistencial foi rediscutido e aperfeiçoado. Foram incorporados novos conceitos e ampliadas sua dimensão e abrangência, enfrentando-se, assim, o desafio de superar a prática voltada, predominantemente, para a atenção básica. A rede passou a incorporar a gerência de um sistema de saúde em toda sua complexidade.

Brasília, na condição diferenciada de cidade-estado, possui serviços públicos de saúde estaduais, pertencentes ao Distrito Federal, e também sedia algumas unidades federais. Nas outras quatro cidades, independente da condição de gestão do sistema de saúde que o município possui, existem serviços municipais, estaduais e também

[4] Como sede da capital nacional, o Distrito Federal ocupa a posição diferenciada de cidade-estado e é responsável pela atenção à saúde dos brasilienses. Assim, não há serviços municipais de saúde em Brasília, as instituições públicas de saúde são todas estaduais (pertencentes ao Distrito Federal) ou, em menor número, federais (do Ministério da Saúde, Educação ou outros).

federais. Em Manaus, Recife e Curitiba, observamos predomínio de serviços municipais na atenção básica e do estado na gestão dos hospitais públicos.

Nessas três cidades, o setor privado[5] responde por hospitais, clínicas especializadas e serviços de diagnose e terapia. Em Manaus e em Recife, a rede hospitalar é constituída essencialmente por serviços vinculados à esfera estadual, mas existem também algumas instituições federais voltadas para ações e serviços específicos. O Distrito Federal possui rede própria estadual com atuação em todas as esferas de atenção. O Rio de Janeiro comporta estabelecimentos hospitalares municipais, estaduais e federais de forma significativa. Já em Curitiba, predomina o setor privado contratado na esfera hospitalar. As cinco capitais possuem hospitais universitários.

Em termos gerais, alguns problemas são comuns aos serviços de saúde do SUS nas cinco capitais: a fragmentação das ações, a dificuldade de articulação em rede, e o funcionamento precário dos fluxos de referência e contra-referência. Segundo relatos de seus gestores, Curitiba, dentre as localidades analisadas, se distingue por apresentar um sistema mais bem estruturado e mais organizado para atender às necessidades de sua população.

No que concerne à distribuição dos serviços em segundo nível de complexidade, se fazem necessários alguns esclarecimentos. A classificação dos serviços de saúde em atenção básica, de média, ou de alta complexidade refere-se à quantidade de recursos tecnológicos utilizados sob a forma de equipamentos e insumos necessários para a realização das ações de saúde, havendo uma relação direta com os custos dos procedimentos.

A alta tecnologia tornou-se de uso corrente entre técnicos, profissionais, e pesquisadores da área, por vezes substituindo as anteriores ou até mesmo somando-se a elas. Freqüentemente, a complexidade tecnológica produz um paralelo com a hierarquização do sistema em esferas de atenção básica ou primária, secundária, terciária e quaternária[6]. Segundo a cultura do sistema, a esfera da atenção primária à saúde, também chamada de atenção básica – que reúne as ações de promoção, prevenção e atenção às doenças e agravos mais freqüentes e que não requerem hospitalização nem apurados exames complementares especializados –, é considerada de menor complexidade. Em uma gradação, a média complexidade diz respeito à esfera ambulatorial ou clínica-especializada com maior necessidade de exames complementares e diagnóstico-terapêuticos, e a alta complexidade designa ações que dependem do uso de alta tecnologia e conhecimento ultra-especializado e de alto custo.

Cabe uma observação sobre a forma como esta classificação se difundiu e foi apropriada pelos gestores, técnicos e profissionais de saúde nas diversas esferas do sistema de saúde. Por um lado, a generalização dos termos não foi acompanhada da difusão de uma definição clara de quais constituem as ações de baixa, de média ou de alta complexidade.

[5] No Recife, destaca-se a presença de 24 hospitais privados, sendo 17 contratados e 7 filantrópicos. É surpreendente o número de 1.421 leitos psiquiátricos em hospitais contratados na cidade.

[6] Segundo o Ministério da Saúde, "o modelo atual de organização da atenção encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde – atenção básica, de média e alta complexidade" (http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id). Acesso em 13/12/2006.

O Ministério da Saúde utiliza uma classificação para fins de planejamento, e principalmente, de pagamento das ações de saúde, mas nem todos têm conhecimento ou acesso a essa tabela, e, além do mais, a classificação propriamente dita é controversa. A possibilidade de não haver coincidência entre o que o ministério pretende dizer e o que é compreendido quando se verbalizam os termos (alta, média ou baixa complexidade) é concreta, especialmente em relação às ações situadas na fronteira entre a designação de baixa ou de média complexidade, ou entre a de média e de alta complexidade.

Aparentemente, há uma confusão conceitual nesses termos, pois a complexidade das ações de saúde não pode ser reduzida ao grau de tecnologia empregada na sua realização[7]. Os críticos apontam, nessa tipologia, a supervalorização dos equipamentos e exames, a expressão de um modelo segundo o qual o valor das ações de saúde deve ser medido ou avaliado em função da quantidade de insumos e procedimentos envolvidos.

Em contraposição, essa classificação deixa em segundo plano a importância das relações humanas, a implicação dos laços de confiança entre o paciente, seus familiares e os profissionais, sobre a qualidade das ações de saúde. Infelizmente, o custo monetário diferenciado segundo a complexidade resulta na desvalorização das ações que não requerem a utilização de grandes quantidades de insumos materiais ou tecnologias de ponta.

Como ressaltamos na tabela 24, com exceção do Rio de Janeiro, a estratégia de Saúde da Família é preponderante na esfera da atenção básica. Em Manaus e no Recife constituem o eixo estruturante da atenção básica. No Distrito Federal, apesar do número reduzido de unidades desse programa, sua implantação foi priorizada nas áreas periféricas, especialmente nas cidades-satélite que não dispõem de hospitais regionais. No Rio de Janeiro a cobertura se mantém em níveis baixos. Em Curitiba, metade das unidades de atenção básica é do tipo de Saúde da Família.

Tabela 24 – Número e cobertura populacional de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de Equipes de Saúde da Família (ESF), e de Equipes de Saúde Bucal (ESB). Manaus, Recife, Distrito Federal, Rio de Janeiro e Curitiba – outubro de 2006

Município	Nº de ACS implantados	% de cobertura ACS	Nº de ESF implantadas	% de cobertura da SF	Nº de ESB implantadas	% de cobertura da SB	População
Manaus	1.463	51,04	153	32,03	50	20,93	1.648.218
Recife	1.798	68,88	209	48,04	66	37,23	1.501.008
DF	621	15,30	41	6,06	0	2,66	2.334.322
Rio de Janeiro	1.298	12,25	118	6,68	0	1,59	6.094.183
Curitiba	1.191	38,96	148	29,05	38	48,67	1.757.904

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. População estimada atualizada em março de 2006. (Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza. Acesso em 13/12/2006).

[7] Os significados das palavras complexidade e complexo diferem do significado de alta tecnologia. As duas primeiras estão ligadas às relações necessárias para a realização da ação. Já a última se refere a uma questão da técnica envolvida na execução da ação.

A seguir, apresentamos, para cada cidade, a rede ambulatorial do SUS por tipo de unidade e por tipo de prestador, segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Como referido inicialmente, existem muitas discrepâncias entre o que consta no SIA/SUS e a realidade local, ou o que é informado por outras fontes do próprio Ministério da Saúde. Por exemplo, existem diferenças no número de unidades de Saúde da Família registrado no SIA/SUS; no que é informado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS); no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e nos relatórios de gestão municipal. No entanto, os Sistemas de Informação em Saúde, como o SIA/SUS e o CNES, constituem instrumentos de acesso relativamente simples e ágeis, disponíveis para gestores, profissionais de saúde, pesquisadores, estudantes e conselheiros de saúde. Teoricamente eles permitem acesso a todos os cidadãos a bases de dados nacionais padronizadas, propiciando comparações sobre o perfil sanitário e o desempenho dos serviços nas diferentes unidades federativas.

As discrepâncias evidenciam que não é simples produzir um sistema de informação e que sua qualidade depende, entre outras condições, de sua utilização e difusão, tornando visíveis conquistas e distorções. No SIA/SUS, a categorização das informações por tipo de prestador separa o ente privado do filantrópico e dos sindicatos. Para fins de análise, aqui, as três categorias referem-se ao setor privado, pois todas são unidades de natureza jurídica não-pública, contratadas ou conveniadas para realizarem serviços pelo SUS. Atuam, portanto, dentro do sistema público de saúde e são pagas por esses serviços.

A rede de atenção básica de saúde em Manaus integra 164 Unidades de Saúde da Família (USF); 70 Centros de Saúde, sendo 36 municipais, 32 estaduais e 2 federais; e 21 Postos de Saúde, sendo 15 municipais e 6 estaduais. As USF constituem 45,2% da rede SUS de Manaus, os Centros de Saúde 19,3 e os Postos de Saúde 5,8% da rede ambulatorial vinculada ao SUS na cidade (tabela 25).

Tabela 25 – Rede ambulatorial do SUS por tipo de unidade e por prestador. Manaus – 2003

	Federal	Estadual	Municipal	Privado	Filantrópico	TOTAL	%
Posto de Saúde	-	6	15	-	-	21	5,8
Centro de Saúde	2	32	36	-	-	70	19,3
Policlínica		2	-	1	-	3	0,8
Amb. de Unid. Hosp. Geral	3	4	-	2	2	11	3
Amb. de Unid Hosp. Espec.	-	8	1	4	-	13	3,6
Clínica Especializada	1	4	4	14	1	24	6,6
Centro/Núcleo de At. Psicossocial	-	1	-	-	-	1	0,3
Outros Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia	-	5	1	34	-	40	11
Farmácia para Dispensação de Medicamentos	-	1	-	-	-	1	0,3
Unidades não Especificadas	-	1	1	-	-	2	0,5
Pronto-Socorro Geral	-	6	1	-	-	7	1,9
Pronto-Socorro Espec.	1	3		-	-	4	1,1
Unidade Móvel Fluvial/Marítima	-	-	1	-	-	1	0,3
Unid. Móvel Terrestre p/Atend. Médico/Odontológico	-	-	1	-	-	1	0,3
Unidade de Saúde da Família	-	-	164	-	-	164	45,2
TOTAL	7	73	225	55	3	363	100
%	1,9	20,1	62	15,1	0,8	100	

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). (Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 13/12/2006).

Em Recife, 57% das unidades ambulatoriais pertencem à esfera municipal e constituem quase o dobro das unidades privadas, que vem em segundo lugar (29,7%). Os centros de saúde, as policlínicas, as unidades mistas e as unidades de saúde da família representavam 50,3% das unidades ambulatoriais no município em 2003, segundo o SIA/SUS (tabela 26).

Tabela 26 – Rede ambulatorial do SUS por tipo de unidade e por prestador. Recife – 2003

	Universitário	Estadual	Municipal	Privado	Filantrópico	TOTAL	%
Centro de Saúde	-	2	44	1	-	47	18,3
Policlínica	-	-	9	-	-	9	3,5
Amb. de Unid. Hosp. Geral	2	13	-	5	1	21	8,2
Amb. de Unid. Hosp. Espec.	1	4	4	2	-	11	4,3
Unidade Mista			4			4	1,5
Pronto-Socorro Especializado				1		1	0,4
Consultório	1			1		2	0,8
Clínica Especializada	1	1	3	9	2*	16	6,2
Centro/Núcleo de At. Psicossocial		4	4	1		9	3,5
Centro/Núcleo de Reabilitação			1	7		8	3,1
Outros Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia		1	1	49		51	20
Unid. Móvel Terrestre Prog. Enfrent. às Emerg. e Traumas		1	1			2	0,8
Unidade de Saúde da Família			73			73	28,5
Unidades de Vigilância Sanitária			2			2	0,8
TOTAL	5	26	146	76	3*	256	100
%	1,9	10,1	57	29,7	1,2	100	

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). (Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 14/12/2006).

No Distrito Federal, destaca-se a importância da rede própria estadual, responsável por 92,5 das unidades ambulatoriais, das quais 53,3% correspondiam a Centros de Saúde em 2003.

A Rede Própria da SES/DF compreende serviços de atenção básica, de média e de alta complexidade. Os hospitais de alta complexidade estão concentrados em Brasília, como é o caso do Hospital de Base e do Hospital de Apoio. Os outros distritos dispõem de hospitais regionalizados, de média complexidade, e as áreas mais periféricas contam com as equipes de saúde da família (tabela 27).

Tabela 27 – Rede ambulatorial do SUS por tipo de unidade e por prestador. Distrito Federal – 2003

	Federal	Estadual	Filantrópico	TOTAL	%
Posto de Saúde	-	6	-	6	5
Centro de Saúde	-	64	-	64	53.3
Policlínica	-	1	-	1	0,8
Amb. de Unid. Hosp. Geral	2	13	-	15	12,5
Amb. de Unid Hosp. Espec.	3	1	1	5	4,2
Unidade Mista	-	1	-	1	0,8
Clínica Especializada	3	2	-	5	4,2
Centro/Núcleo de At. Psicossocial	-	1	-	1	0,8
Outros Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia	-	5	-	5	4,2
Unidade de Saúde da Família	-	16	-	16	13,3
Unidades não Especificadas	-	1	-	1	0,8
TOTAL	8	111	1	120	100
%	6.7	92.5	0,8	100	

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). (Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 14/12/2006).

O município do Rio de Janeiro possui 45% das unidades ambulatoriais pertencentes à esfera municipal que, somadas às estaduais, representam 62,5% do total e acrescidas das unidades federais compreendem 73,5% dos serviços ambulatoriais. O restante (23,6%) dessa rede fica a cargo de prestadores privados e conveniados ao SUS (tabela 28).

Tabela 28 – Rede ambulatorial do SUS por tipo de unidade e por prestador. Rio de Janeiro – 2003

	Federal	Estadual	Municipal	Privado	Filantrópico	Sindicatos	TOTAL	%
Posto de Saúde	1	-	-	-	-	-	1	0,3
Centro de Saúde	1	2	49	-	3	6	61	19,7
Policlínica	1	15	32	2	3	3	56	18,1
Amb. de Unid. Hosp. Geral	2	9	13	2	4	-	30	9,7
Amb de Unid. Hosp. Espec.	13	9	14	1	4	-	41	13,3
Unidade Mista	-	-	6	-	-	-	6	1,9
Pronto-Socorro Especializado	-	1	-	1	-	-	2	0,6
Consultório	-	2	-	-	-	-	2	0,6
Unidade Móvel Fluvial Marítima	-	2	-	-	-	-	2	0,6
Clínica Especializada	5	-	-	21	3	-	29	9,4
Centro/Núcleo de At. Psicossocial	2	1	8	-	-	-	11	3,6
Centro/Núcleo de Reabilitação	-	-	2	-	3	-	5	1,6
Outros Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia	4	4	-	25	-	-	33	10,7
Unid. Móvel Terrestre Prog. Enfrent. às Emerg. e Traumas	-	2	-	-	-	-	2	0,6
Farmácia para Dispensação de Medicamentos	-	1	-	-	-	-	1	0,3
Unidade de Saúde da Família	-	-	3	-	-	-	3	1
Centro de Alta Complexidade em Oncologia III	3	-	-	-	-	-	3	1
Centro de Alta Complexidade em Oncologia II	2	2	-	-	1	-	5	1,6
Unidade de Vigilância Sanitária	-	-	12	-	-	-	12	3,9
Unidades não Especificadas	-	4	-	-	-	-	4	1,3
TOTAL	34	54	139	52	21	9	309	100
%	11	17,5	45	16,8	6,8	2,9	100	

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). (Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 14/12/2006).

Em Curitiba, sobressai a presença do prestador privado, responsável por 45% das unidades ambulatoriais do município, proporção superior às unidades próprias municipais que representam 37,5%. Os prestadores privados e filantrópicos juntos somam 58,7%

dessas unidades (tabela 29), evidenciando o maior percentual dessas entidades quando comparamos as cidades estudadas.

Tabela 29 – Rede ambulatorial do SUS por tipo de unidade e por prestador. Curitiba – 2003

	Federal	Estadual	Municipal	Privado	Filantrópico	TOTAL	%
Posto de Saúde	-	-	-	-	1	1	0,3
Centro de Saúde	-	-	48	-	10	58	18,3
Policlínica	-	1	8	2	4	15	4,7
Amb. de Unid. Hosp. Geral	1	-	-	6	4	11	3,5
Amb. de Unid. Hosp. Espec.	-	1	-	2	6	9	2,8
Pronto-Socorro Geral	-	-	2	-	-	2	0,6
Pronto-Socorro Especializado	-	-	-	-	1	1	0,3
Consultório	-	-	-	38	1	39	12,3
Clínica Especializada	2	3	4	31	10	50	15,8
Centro/Núcleo de At. Psicossocial	-	1	1	3	1	6	1,9
Centro/Núcleo de Reabilitação	-	-	-	2	-	2	0,6
Outros Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia	-	1	2	59	5	67	21,1
Unid. Móvel Terrestre p/ Atend. Médico/Odontológico	-	-	1	-	-	1	0,3
Unid. Móvel Terr. Prog. Enfrent. às Emerg. e Traumas	-	1	1	-	-	2	0,6
Farmácia para Dispensação de Medicamentos	-	1	-	-	-	1	0,3
Unidade de Saúde da Família	-	-	42	-	-	42	13,2
Unidades de Vigilância Sanitária	-	-	9	-	-	9	2,8
Unidades não Especificadas	-	-	1	-	-	1	0,3
TOTAL	3	9	119	143	43	317	100
%	0,9	2,8	37,5	45,1	13,6	100	

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). (Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 14/12/2006).

O peso do setor privado contratado e conveniado do SUS na prestação da assistência médica hospitalar e de serviços diagnóstico-terapêuticos é um aspecto relevante nas cidades estudadas, característico das áreas urbanas e regiões metropolitanas brasileiras, consolidando um modelo que se desenvolveu nos anos 1970 e 1980. Um dos fatores de incentivo à expansão do setor privado na prestação de serviços hospitalares e de clínicas de auxílio diagnóstico e terapêutico é a lucratividade dos negócios, comparativamente ao orçamento para a atenção básica, preventiva e de vigilância à saúde.

A proporção leitos privados conveniados ao SUS, bem como de clínicas especializadas e de diagnose e terapia, pode ser observada na tabela 30. Esse quadro se diferencia nas localidades. Por exemplo, no Distrito Federal são 2,7% dos leitos hospitalares ofertados por prestadores privados e em Curitiba 66,2%.

Em Manaus, Recife e no Distrito Federal a esfera estadual prevalece na atenção hospitalar, com 56,3%, 35,6% e 47,8% dos leitos hospitalares, respectivamente. No Rio de Janeiro, segundo as informações do SIH/SUS referentes a 2003, cabe ao município a maior parcela de leitos hospitalares do SUS (31,1%).

Tabela 30 – Número e proporção de leitos hospitalares do SUS, segundo a natureza do prestador. Manaus, Recife, Brasília, Rio de Janeiro e Curitiba – julho de 2003

Natureza	Público						Privado				Universitário		Total	
	Federal		Estadual		Municipal		Contratado		Filantrópico					
Município	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Manaus	19	0,7	1.457	56,3	30	1,2	331	12,8	477	18,4	275	10,6	2.589	100
Recife	-	-	2.450	35,6	265	3,8	1.952	28,4	933	13,6	1.279	18,6	6.879	100
DF	-	-	2.154	47,8	-	-	120	2,7	-	-	2.229	49,5	4.503	100
Rio de Janeiro	800	4,6	3.255	18,6	5.443	31,1	2.899	16,5	2.679	15,3	2.440	13,9	17.516	100
Curitiba	-	-	50	0,9	60	1,1	1.739	32,2	1.839	34	1.718	31,8	5.406	100

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). (Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 13/12/2006).

Consta, da tabela 31, o número de hospitais por cidade e por natureza, segundo o SIH/SUS. O número de hospitais é uma informação útil, entretanto o número de leitos qualifica melhor a oferta existente. Essas duas informações complementam as constatações feitas anteriormente e constituem um elemento a mais desta breve caracterização.

Tabela 31 – Número de hospitais do SUS, segundo a natureza do prestador. Manaus, Recife, Distrito Federal, Rio de Janeiro e Curitiba – julho de 2003

Natureza / Município	Público			Privado		Universitário	Total
	Federal	Estadual	Municipal	Contratado	Filantrópico		
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Manaus	1	17	1	7	2	2	30
Recife	-	2	8	17	11	4	42
DF	-	12	-	1	-	6	19
Rio de Janeiro	6	19	30	19	15	13	102
Curitiba	-	1	1	16	8	5	31

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). (Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 13/12/2006).

Para finalizar esta breve descrição da organização dos serviços de saúde do SUS em Manaus, Recife, Distrito Federal, Rio de Janeiro e Curitiba, expomos o número de hospitais e leitos por especialidade e segundo a natureza do prestador, em cada uma das cidades (tabelas de 32 a 36).

Tabela 32 – Número de hospitais e leitos por especialidade, segundo a natureza do prestador. Manaus – julho de 2003

Natureza	Hospitais	Leitos							UTI
		Cirúr.	Obstetrícia	Clínica Médica	Psiquiat.	Tisiolog.	Pediatria	Total	
Públicos	19	433	176	354	126	16	401	1.506	50
Federal	1	18	1	0	0	0	0	19	0
Estadual	17	409	151	354	126	16	401	1.457	50
Municipal	1	6	24	0	0	0	0	30	0
Privados	9	266	267	196	0	0	79	808	10
Contratados	7	120	177	23	0	0	11	331	4
Filantrópico	2	146	90	173	0	0	68	477	6
Universitários/pesquisa	2	132	0	94	0	4	45	275	20
Total	30	831	443	644	126	20	525	2.589	80

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). (Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso: em 17/12/2006).

Em Manaus o número de leitos é insuficiente para atender a população, seja da cidade ou do estado. Considerando uma população estimada de 1.565.709 habitantes para 2004, a capital apresenta uma irrisória oferta de 2.584 leitos. Não existem leitos de reabilitação, de cuidados prolongados (doenças crônicas), nem tampouco leitos hospital-dia. A insuficiência de leitos de UTI também é evidente face à demanda.

Em Recife existe uma grande rede hospitalar do SUS com 6.879 leitos existentes, a maioria sob gestão estadual. Do total de leitos, apenas 2.715 (39,5%) são públicos, 2.885 (41,9%) são privados e destes a maioria são contratados (1952). Os leitos psiquiátricos constituem o maior montante de contratados (1.421). Já os leitos dos hospitais universitários, destinados a pesquisa e ensino, representam a menor oferta, 1.279, que corresponde a 18,6%). Ressaltamos que existem 24 hospitais privados que fazem parte do Sistema, sendo 17 contratados e 7 filantrópicos. Praticamente, toda a oferta de leitos psiquiátricos e expressiva parcela dos leitos cirúrgicos e de clínica médica estão nas mãos de prestadores contratados (tabela 31).

Dos leitos públicos, 90,2% estão sob a gestão estadual e localizados em 10 unidades hospitalares, com o atendimento voltado principalmente para cirurgia, clínica médica, psiquiatria, pediatria e pneumologia. Apenas 9,8% dos leitos são municipais e estão situados em quatro unidades da secretaria municipal, destinados, predominantemente, ao atendimento de obstetrícia e pediatria. Há insuficiência de leitos de UTI, pois a Secretaria Estadual de Saúde dispõe de apenas de 115 vagas. E não há leitos reservados para reabilitação de traumas e agravos.

Tabela 33 – Número de hospitais e leitos por especialidade, segundo a natureza do prestador. Recife – 2003

Natureza	Hospitais	Leitos									
		Total	Cirúrg.	Obstét.	Cl. Médic.	Crôn.	Psiquiatr.	Tisiol.	Pediatria	Hosp-dia	UTI
Públicos	14	2.715	901	295	668	34	231	122	404	60	115
Estadual	10	2.450	896	172	664	34	231	122	271	60	115
Municipal	4	265	5	123	4	-	-	-	133	-	-
Privados	24	2.885	611	60	597	44	1.421	-	152	-	23
Contratados	17	1.952	207	38	196	-	1.421	-	90	-	5
Filantrópicos	7	933	404	22	401	44	-	-	62	-	18
Universitários/ pesquisa	4	1.279	397	200	296	6	14	17	349	-	98
Total	42	6.879	1.909	555	1.561	84	1.666	139	905	60	236

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). (Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 17/12/2006).

Devemos ressaltar que a participação de leitos privados e contratados é inexpressiva no Distrito Federal, onde o maior destaque é dado aos hospitais universitários. A oferta dos leitos de UTI e para pacientes crônicos, no entanto, é bem modesta, como pode ser observado na tabela 34.

Tabela 34 – Número de hospitais e leitos por especialidade, segundo a natureza do prestador. Distrito Federal – 2003

Natureza	Hospitais	Leitos										
		Total	Cirúrg.	Obstét.	Cl. Médic.	Crôn.	Psiquiatr.	Tisiol.	Pediatria	Reabil.	Hosp-dia	UTI
Públicos/ estaduais	12	2154	552	402	354	8	40	66	435	207	90	64
Privados/ contratados	1	120	60	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Universitários/ pesquisa	6	2.229	1.047	203	519	5	53	-	402	-	-	72
Total	19	4.503	1.659	605	933	13	93	66	837	207	90	137

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). (Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 17/12/2006).

O Rio de Janeiro oferece 17.516 leitos. Existe expressiva participação dos hospitais privados (58,7%) e neles, leitos psiquiátricos e para portadores de doenças crônicas superam a oferta da rede pública (tabela 35).

Tabela 35 – Número de hospitais e leitos por especialidade, segundo a natureza do prestador. Rio de Janeiro – 2003

Natureza	Hospitais	Leitos										
		Total	Cirúrg.	Obstét.	Cl. Médic	Crôn.	Psiquiatr.	Tisiol.	Pediatria	Reabil.	Hosp-dia	UTI
Públicos	55	9.498	2.835	1.019	1.981	274	1.926	302	1.064	35	62	384
Federal	6	800	396	63	218	1	4	3	115	-	-	99
Estadual	19	3.255	897	300	831	164	459	252	305	5	42	68
Municipal	30	5.443	1.542	656	932	109	1.463	47	644	30	20	217
Privados	34	5.578	762	336	970	926	2.370	2	169	43	-	64
Contratados	19	2.899	166	56	270	720	1.684	-	3	-	-	2
Filantrópicos	15	2.679	596	280	700	206	686	2	166	43	-	62
Universitários	13	2.440	992	95	785	100	159	21	224	4	60	113
Ensino	2	27	11	-	15	-	-	-	1	-	-	-
Pesquisa	11	2.413	981	95	770	100	159	21	223	4	60	113
Total	102	17.516	4.589	1.450	3.736	1.300	4.455	325	1.457	82	122	561

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). (Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 17/12/2006).

Curitiba, como já dissemos, tem a maioria dos leitos para pacientes de todas as especialidades (exceto para cirurgia) ofertada pela rede privada.

A ausência ou número ínfimo de leitos de reabilitação se repete em todos os municípios, inclusive em Curitiba. Os leitos de UTI em Curitiba pertencem ao setor privado (contratado e filantrópico) ou estão localizados nos hospitais universitários; não há leitos de UTI nos dois hospitais públicos próprios, municipal e estadual. A insuficiência de leitos de UTI é também uma característica comum aos outros municípios estudados, o que provoca reflexos importantes na atenção às pessoas em situação de acidentes e violências (tabela 36).

Tabela 36 – Número de hospitais e leitos por especialidade, segundo a natureza do prestador. Curitiba – 2003

Natureza	Hospitais	Leitos									
		Total	Cirúrg.	Obstét.	Cl. Médic	Crôn.	Psiquiatr.	Tisiol.	Pediatria	Hosp-dia	UTI
Públicos	2	110	2	25	33	1	-	-	49	-	-
Estadual	1	50	-	-	20	1	-	-	29	-	-
Municipal	1	60	2	25	13	-	-	-	20	-	-
Privados	24	3.578	640	427	577	14	1.267	2	426	225	112
Contratados	16	1.739	285	213	384	9	403	-	260	185	40
Filantrópicos	8	1.839	355	214	193	5	864	2	166	40	72
Universitários/ pesquisa	5	1.718	820	105	453	28	6	4	302	-	148
Total	31	5.406	1.462	557	1.063	43	1.273	6	777	225	260

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). (Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 17/12/2006).

Finalizando, ressaltamos que é difícil comparar os sistemas de saúde de cidades tão diferentes do ponto de vista histórico, geográfico, social, econômico e político, como as tratadas neste estudo. Entendemos que a organização dos serviços de saúde em determinado local é fruto de um conjunto de relações e interesses sociais, econômicos e políticos travados no contexto do território. Há algumas políticas norteadoras desse processo. É o caso do hospitalocentrismo dos anos 1970 marcado pelo modelo do Inamps e do movimento da Reforma Sanitária, que tanto influenciou a filosofia e a organização do SUS.

Essas fortes correntes opostas criaram algumas situações e condicionamentos estruturantes que persistem e marcam o sistema de saúde brasileiro. Por isso, nossa pretensão nesta descrição foi mostrar o que é comum e o que é singular na organização da rede nas cinco localidades, sobretudo visando a contextualizar os serviços de saúde que atendem as vítimas de acidentes e violências, tema que focalizamos a seguir.

Caracterização das unidades que atendem às pessoas em situação de acidentes e violências

A rede de atenção às vítimas de acidentes e violências em Manaus é composta por 18 unidades públicas de saúde e nenhuma organização não-governamental. Como visto anteriormente, a rede ambulatorial dessa cidade é composta por 363 unidades além de 30 hospitais. Assim, as instituições que atendem com alguma especificidade e regularidade às vítimas de acidentes e violência correspondem apenas a 4,5% da totalidade das existentes. Embora a maioria dos serviços da capital pertença à rede municipal (62%), o atendimento aos acidentes e violências fica mais concentrado no âmbito estadual (66,6%).

Em Recife, foram identificadas 34 unidades que prestam assistência às vítimas de acidentes e violências. Destes, 16 (47,06%) pertencem ao município e dez (29,41%) à esfera estadual, somando 76,47% de todos os que atendem às vítimas de violências e acidentes. Completam a rede pública uma unidade conveniada ao SUS (2,94%), cinco Organizações Não-Governamentais (ONGs) (14,71%) e dois serviços (5,88%) governamentais do tipo fundação, instituição ou empresa. As 29 unidades do SUS que têm alguma forma de atendimento às vítimas de acidentes e violências representam 9,7% da rede de saúde de Recife.

No Distrito Federal, as 24 unidades identificadas por terem alguma forma de atendimento às pessoas em situação de acidentes e violências são governamentais, e 83,33% estão vinculadas à esfera estadual.

No Rio de Janeiro, a caracterização das unidades que atendem a pessoas em situação de acidentes e violências compreende um universo de 29 instituições abrangendo todas as esferas de atenção, sendo 4 ONGs. Dentre as instituições governamentais (86,21%), 41,38% são municipais, 24,14% estaduais e 20,69% federais e esse conjunto representa 6,08% do universo de instituições de saúde da capital.

Em Curitiba, foram pesquisadas 19 unidades que atendem a vítimas de violências e acidentes, mas em apenas 12 foi possível classificar a natureza do prestador. Desses 12, a metade é constituída por instituições governamentais municipais e um quarto é formado por instituições privadas conveniadas ao SUS. Completam o grupo duas ONGs e uma unidade governamental federal. Não foi identificada instituição estadual que propicie o tipo de atendimento estudado. O conjunto das instituições governamentais que atendem a vítimas de violências e acidentes corresponde a 4,8% da totalidade de serviços existentes, conforme a tabela 37.

Tabela 37 – Distribuição das unidades que atendem pessoas em situação de acidentes e violências, nas cinco capitais, segundo a natureza do prestador – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
Classificação	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Governamental Municipal	3	16,7	16	47,1	-	-	12	41,4	6	50,0
Governamental Estadual	12	66,7	10	29,4	20	83,3	7	24,1	-	-
Governamental Federal	3	16,7	-	-	3	12,6	6	20,7	1	8,3
Conveniada com SUS	-	-	1	2,9	-	-	-	-	3	25,0
Organização não-Governamental (ONG)	-	-	5	14,7	-	-	4	13,8	2	16,7
Fundação/Instituição/Empresa (não ONG)	-	-	2	5,9	1	4,2	-	-	-	-
Total	18	100	34	100	24	100	29	100	12	100

Em três cidades – Manaus, Recife e Rio de Janeiro –, as crianças e adolescentes constituem as maiores proporções da população atendida, seguidas pelo grupo das mulheres. Esse quadro provavelmente expressa a maior visibilidade e avanço das políticas públicas no enfrentamento da violência por esses dois grupos sociais. No caso do primeiro, a vigência do Estatuto da Criança e do Adolescente e da implantação dos Conselhos Tutelares e Conselhos de Direitos no país; no caso do segundo grupo, a influência dos Movimentos de Mulheres.

Igualmente, no Distrito Federal, as mulheres e os jovens constituem o grupo alvo atendido na maior parte dos serviços; e em Curitiba, são as mulheres a serem atendidas na maior parte das instituições. As ações voltadas para os familiares das vítimas são pouco desenvolvidas nas instituições em todos os municípios.

Em Manaus, as crianças e adolescentes até 19 anos são atendidos em 100% dos locais identificados. Jovens de 20 a 24 anos, homens e mulheres recebem atendimento em 88,9% das instituições existentes na rede do SUS, ao passo que os idosos são atendidos em 77,8% deles.

Chamamos atenção para a informação analisada no capítulo 5 referente às elevadas taxas de mortalidade e de internações de idosos por causas externas. Essas taxas são mais elevadas que em todas as outras faixas etárias, o que revela uma discrepância entre o quadro epidemiológico e a oferta de atendimentos. Além disso, apenas 11% dos serviços afirmam realizar algum tipo de ação voltada para os familiares das vítimas.

Em Recife, 69,05% das unidades atendem crianças e adolescentes, 61,9% estão destinados a mulheres, e 42,86% aos idosos, mas apenas 9,52% oferecem atendimento à família.

Em Brasília não se repete esse quadro, pois os jovens de 20 a 24 anos e as mulheres são atendidos em 87,5% das unidades e programas; os idosos em 79,17%, proporção superior à de crianças e adolescentes assistidos em 75% da rede identificada. Ressaltamos que, da mesma forma que em Manaus, no Distrito Federal se apresentam as maiores taxas de mortalidade e de internação por causas externas entre idosos. Ações voltadas para os familiares das vítimas são realizadas em 29,2% das instituições.

No Rio de Janeiro, 92,86% das instituições atendem as crianças e os adolescentes; 78,57% atendem as mulheres. Idosos e jovens são atendidos em 71,43% das unidades. Apenas um quarto delas atende aos familiares das vítimas.

Em Curitiba, 84,21% das unidades atendem as mulheres; 78,95% atendem a homens; 73,68%, a crianças e adolescentes e, os idosos e jovens, são assistidos em 68,42% dos programas ou serviços. As famílias recebem atenção de 57,89% das instituições, maior percentual obtido em todas as cidades, segundo a tabela 38.

Tabela 38 – Distribuição das unidades que atendem vítimas de acidentes e violências segundo a população atendida e capital – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
Parcela da população	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Crianças e adolescentes (até 19 anos)	18	100,0	29	69,05	18	75,00	26	92,86	14	73,68
Jovens (20 a 24 anos)	16	88,89	20	47,62	21	87,50	20	71,43	13	68,42
Homens	16	88,89	19	45,24	16	66,67	19	67,86	15	78,95
Mulheres	16	88,89	26	61,90	21	87,50	22	78,57	16	84,21
Idosos	14	77,78	18	42,86	19	79,17	20	71,43	13	68,42
Familiares das vítimas	2	11,11	4	9,52	7	29,17	7	25,00	11	57,89

Também nas cinco capitais, a absoluta maioria das unidades atende a população do próprio município e de municípios vizinhos. Algumas instituições constituem-se em referência regional e atendem a pessoas de outros estados (tabela 39).

Tabela 39 – Distribuição das unidades que atendem pessoas em situação de acidentes e violência, segundo área de abrangência do serviço e capital – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro*		Curitiba	
Área de abrangência do atendimento	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Parte do município	2	11,11	5	14,71	2	8,33	3	10,71	-	-
Todo o município	2	11,11	8	23,53	2	8,33	3	10,71	3	15,79
Município e outros municípios vizinhos	14	77,78	21	61,76	20	83,33	22	78,57	16	84,21
Total	18	100,0	34	100,0	24	100,0	28	100,0	19	100,0

* Um serviço não respondeu à pergunta.

Em todas as cidades, a maioria das unidades encontra-se formalmente institucionalizada, e um número reduzido está em fase de institucionalização. São raras as exceções, nas quais o programa ou serviço funciona informalmente por iniciativa de um ou mais profissionais. Da mesma forma, em Recife, Rio de Janeiro e Curitiba todas as instituições informaram a perspectiva de continuidade dos serviços e programas. Em Manaus e no Distrito Federal, não há perspectiva de continuidade em apenas um serviço ou programa de cada cidade.

Tabela 40 – Distribuição das instituições, segundo o grau de institucionalização do Serviço/ Programa e capital – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
Institucionalização	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Formalmente institucionalizada	18	100,0	33	97,06	20	83,33	25	86,21	18	94,74
Em fase de institucionalização	-	-	-	-	3	12,50	3	10,34	-	-
Informal	-	-	-	-	1**	4,17	1	3,45	1	5,26
Outro	-	-	1*	2,94	-	-	-	-	-	-
Total	18	100,0	34	100,0	24	100,0	29	100,0	19	100,0

* É um núcleo do centro de saúde.
** Por iniciativa dos profissionais.

Como podemos constatar na tabela 41, as pessoas em situação de acidentes e violências chegam às unidades de varias formas. Em Manaus, em Recife, no Distrito Federal e no Rio de Janeiro, a vinda espontânea foi a mais referida pelos respondentes dos questionários nas instituições. Outras formas de acesso são os encaminhamentos institucionais, ou realizados por familiares ou amigos. Somente em Curitiba o encaminhamento institucional é mais freqüente do que a busca espontânea.

Tabela 41 – Distribuição das instituições, segundo a maneira como os pacientes chegam ao Serviço/Programa nas capitais – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
Chegada ao serviço/programa	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Espontaneamente	16	88,9	26	76,5	19	79,1	24	82,8	12	63,1
Encaminhados por instituição*	14	77,8	22	64,7	16	66,7	24	82,8	18	94,7
Trazidos por um familiar ou amigo	13	72,2	16	47,1	11	47,8	21	72,4	12	63,2
Outras maneiras**	7	38,9	15	44,1	8	34,8	14	48,3	13	68,4

* Inclui: instituições de saúde, escolas, secretarias municipais e estaduais, delegacias, IML, conselho tutelar, ONGs, Coordenadoria de Assistência Social, Órgãos de Proteção à Criança e ao Adolescente, Ministério Público, bombeiros, polícia, serviços de saúde, vara da infância e juventude, conselhos, varas, Centro de Defesa, creches, Samu, Concessionárias de Resgate, Hemo-Rio, igrejas, casa de repouso, hospitais, instituições para pessoas especiais e o SOS Criança.
** Inclui polícia, bombeiros, conselho tutelar, Projeto Sentinela, setores da própria instituição, Programa Saúde da Família, companheiro, funcionários de hospitais ou escolas, transeuntes, mãe, pai, avós, familiar, qualquer responsável, pessoas trazidas pelo cônjuge, parentes e vizinhos.

Nas cinco localidades, o atendimento médico foi o objetivo mais freqüentemente mencionado pelos programas investigados (tabela 42). O segundo objetivo mais citado variou em cada cidade: em Manaus e no Rio de Janeiro figura a orientação dos direitos; em Recife e Curitiba, o acompanhamento psicossocial e no Distrito Federal são citados, como motivação, a busca por reabilitação, a orientação aos direitos e a proteção de crianças e familiares envolvidos nas várias formas de violência intrafamiliar.

Tabela 42 – Distribuição das instituições segundo os objetivos dos serviços/programas e capital – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
Objetivos	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Reabilitação física e/ou emocional	4	22,22	7	20,59	6	25,00	4	13,79	3	15,79
Orientação dos direitos	5	27,78	5	14,71	6	25,00	9	31,03	1	5,26
Atendimento médico	14	77,78	17	50,00	10	41,67	13	44,83	13	68,42
Prevenção de DST e gravidez e atendimento de vítimas de violência sexual	1	5,56	4	11,76	5	20,83	2	6,90	3	15,79
Capacitação de profissionais	-	-	2	5,88	-	-	2	6,90	-	-
Atendimento de crianças e familiares envolvidos em violência familiar/prevenção de acidentes e violência	-	-	8	23,53	6	25,00	8	27,59	3	15,79
Pesquisa	-	-	-	-	-	-	1	3,45	-	-
Atendimento à mulher vítima de violências			3	8,82	3	12,50	2	6,90	-	-
Acomp. psicológico psicossocial	-	-	11	32,35	1	4,17	6	20,69	6	31,58
Acompanhamento jurídico	-	-	5	14,71	-	-	1	3,45	1	5,26
Reinserção da criança/adolescente na família	-	-	6	14,29	-	-	-	-	-	-

Em consonância com os objetivos dos serviços, o atendimento médico, cirúrgico e odontológico é a atividade mais freqüente nas instituições em todos os municípios, seguido pelo acompanhamento social, psicológico e psicossocial. Em relação às ações e aos meios de atendimento, prevalece a assistência hospitalar nos cinco municípios. Atendimento ambulatorial, acompanhamento psicológico e suporte social também sobressaem no conjunto das ações buscadas e realizadas (Tabela 43).

Tabela 43 – Distribuição das instituições, segundo as atividades de atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências e capital – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
Atividades	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ed. Física/Esportes/Recreação	1	5,56	-	-	-	-	-	-	1	5,26
Atendimento médico/cirúrgico/odontológico	15	83,33	21	61,76	10	41,67	20	68,97	16	84,21
Atendimento social/psicológico/psicossocial	5	27,78	18	52,94	9	37,50	8	27,59	9	47,37
Acompanhamento jurídico	2	11,11	7	20,59	-	-	-	-	-	-
Grupos reflexivos/debates	-	-	5	14,71	1	4,17	2	6,90	-	-
Fisioterapia/fonoaudiologia/terapia ocupacional/reabilitação	5	27,78	7	20,59	3	12,50	2	6,90	3	15,79
Terapias alternativas	-	-	2	5,88	-	-	-	-	-	-
Nutrição	-	-	2	5,88	-	-	-	-	-	-
Educação/Pedagogia	-	-	2	5,88	-	-	-	-	2	10,53
Cursos	-	-	2	5,88	-	-	1	3,45	-	-
Orientações	-	-	3	8,82	2	8,33	7	24,14	2	10,53
Transporte de vítimas	1	5,56	-	-	-	-	1	3,45	1	5,26
Sensibilização da rede de apoio/ comunidade	-	-	-	-	-	-	1	3,45	2	10,53

Podemos constatar, na tabela 44, os tipos de ações empreendidas pelas instituições e a diversidade de atuação. Ressaltamos a execução de poucas ações que têm a finalidade de aumentar a compreensão do contexto das violências. Também as estratégias de prevenção são escassas.

Tabela 44 – Distribuição das instituições segundo tipos de ações desenvolvidas e meios de atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências nas capitais – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
Tipos de ação	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Suporte social	11	61,11	19	55,88	21	87,50	-	-	12	63,16
Visita domiciliar	5	27,78	11	32,35	16	66,67	9	32,14	5	26,32
Acompanhamento psicológico	9	50,00	20	58,82	8	33,33	9	33,33	8	42,11
Grupo de pais	1	5,56	9	26,47	7	29,17	1	3,57	3	15,79
Grupo de crianças/adolescentes/ jovens/mulheres/idosos	2	11,11	10	29,41	7	29,17	8	28,57	2	10,53
Grupo de sala de espera	1	5,56	-	-	0	0,00	5	17,86	2	10,53
Oficinas de prevenção à violência	1	5,56	7	20,59	7	29,17	6	21,43	5	26,32
Palestras	7	38,89	17	50,00	13	54,17	13	46,43	7	36,84
Dist. de material educativo sobre proteção/prev. à violência	6	33,33	13	38,24	12	50,00	13	46,43	10	52,63
Outros*	3	18,75	6	17,65	5	21,74	13	50,00	6	33,33

(*) Em Manaus: higienização e limpeza pessoal, contraceptivos, atendimento à queimados e seqüelas de queimados, auto-ajuda, operativo e psicoterápico.

No Recife predominam: distribuição de preservativos, emergência, grupo de família, orientação quanto aos direitos da criança/adolescente, sala de convivência com as mães, supervisão clínica/estudo de casos. No Distrito Federal, as ações estão mais orientadas para distribuição de contraceptivos, Grupo de voluntários pela saúde da mulher, palestras pontuais em épocas especiais. No Rio de Janeiro, as principais atividades enfatizam entrevistas individuais, cursos de extensão, de capacitação profissional e treinamento, grupos de autores de violência, de dependência física e outras dependências, suporte da vida. Em Curitiba, as iniciativas se desdobram em ações de assessoria técnica de relacionamento com o hospital, eventos e abordagens educativas, orientação médica na regulação, pronto atendimento a pacientes com transtorno mental e dependência química, terapia ocupacional, acompanhamento pedagógico – oficinas terapêuticas, artesanato/customização. Ressaltamos que na prestação de atendimento às vítimas de acidentes e violências em todos os municípios, o Conselho Tutelar se apresenta como a entidade mais atuante, pois tanto recebe quanto encaminha pacientes para a maior parte das instituições pesquisadas.

Em Manaus, maior número de unidades que prestam atendimento a acidentados e a vítimas de violência informou receber pacientes encaminhados por escolas e prontos-socorros. Por sua vez, as entidades encaminham mais para Programas de Assistência Social e Conselho Tutelar.

Em Recife e no Distrito Federal, uma proporção significativa das instituições informou receber pacientes das unidades básicas de saúde e de saúde da família, indicando, positivamente, que as unidades que trabalham com as comunidades e famílias estão sensíveis à identificação das situações de acidentes e violências. Elas funcionam como "portas de entrada" do sistema.

No Distrito Federal e no Rio de Janeiro, além do Conselho Tutelar, a Vara da Infância e Juventude e os Programas de Assistência Social foram apontados como instâncias para as quais as unidades de saúde que atendem pessoas em situação de violência mais encaminham vítimas e das quais também recebem pacientes.

Em Curitiba, a maior parte das unidades recebe vítimas encaminhadas pelas escolas e, por sua vez, realizam encaminhamentos desses pacientes para as unidades básicas de saúde, segundo a tabela 45.

Tabela 45 – Distribuição das unidades segundo referências e encaminhamentos envolvidos no atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências nas capitais – 2006

Tipo de serviço	Manaus		Recife		Brasília		Rio de Janeiro		Curitiba	
	Encaminha pacientes	Recebe pacientes	Encaminha pacientes	Recebe pacientes	Encaminha pacientes	Recebe pacientes	Encaminha pacientes	Recebe pacientes	Encaminha pacientes	Recebe pacientes
Unidade Básica de Saúde	8	11	7	12	16	19	18	15	17	15
Unidade do Programa Saúde Família	6	9	6	13	12	18	10	16	15	15
Pronto-Socorro	8	11	5	6	20	16	11	17	12	10
Serviço de Resgate	6	9	1	3	6	8	4	13	6	12
Ambulatório Especializado	11	10	12	7	20	11	18	13	12	12
Hospital Geral	11	9	12	5	19	13	19	17	12	11
Emergência Hospitalar	10	10	7	5	17	15	14	14	11	11
Hospital Especializado	10	8	10	4	18	9	19	16	13	13
Reabilitação	9	3	8	3	11	5	16	6	6	8
Conselho Tutelar	11	8	15	8	22	17	23	20	15	13
Vara da Infância e Juventude	7	5	8	3	21	17	22	16	8	9
Centro de Defesa de Direitos	8	5	5	2	13	11	17	12	5	4
Escola	3	12	6	4	10	14	4	18	5	17
Delegacia Comum	4	6	5	3	19	10	11	14	7	12
Delegacia de Proteção Criança/Adolescente	10	5	12	6	20	13	15	16	10	9
Delegacia de Atendimento à Mulher	8	6	9	3	19	8	16	15	12	10

Tabela 45 – Distribuição das unidades segundo referências e encaminhamentos envolvidos no atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências nas capitais – 2006 (cont.)

Tipo de serviço	Manaus		Recife		Brasília		Rio de Janeiro		Curitiba	
	Encaminha pacientes	Recebe pacientes	Encaminha pacientes	Recebe pacientes	Encaminha pacientes	Recebe pacientes	Encaminha pacientes	Recebe pacientes	Encaminha pacientes	Recebe pacientes
Delegacia de Atendimento ao Idoso	7	4	2	-	11	4	13	9	5	5
Programas de Assistência Social	12	8	6	2	16	15	22	15	14	14
Grupos de Apoio (comunitário, auto-ajuda*)	9	7	5	2	11	5	13	8	3	5
ONG	3	3	4	1	6	2	11	10	3	6
Universidades	6	9	1	1	5	4	11	14	6	5
Igreja	-	5	1	1	4	5	5	10	3	7
Outros**	1	1	8	17	5	3	4	6	-	3

* Manaus (Alcoólicos Anônimos – AA); Recife (AA, Centro Eulâmpio Cordeiro, Associações de Moradores, Centro de Apoio Psico-Social); Brasília (asilos, Movimento de Apoio ao Canceroso, Serviço Voluntário/SAV, Terapia comunitária na própria unidade de saúde); Rio (AL-Anon, NAR-Anon, Aids, Neuróticos Anônimos, AA, Nepad, Projeto Sentinela, Ciam, Associações de moradores, Cursos profissionalizantes, grupos via serviço social de policlínica); Curitiba (casa de apoio, serviços filantrópicos, igrejas e associações de moradores).
** Manaus (Delegacia de identificação, meios de comunicação, Prefeituras do interior do Estado, cidades de Estados vizinhos, Funasa); Recife (demanda espontânea, hospitais privados, fóruns municipais, Fundac, Casas de Apoio da Prefeitura e do Estado, IML, notificação à vigilância epidemiológica, Programa Bolsa-Escola); Brasília (Casa abrigo, Grupo de apoio domiciliar); Rio de Janeiro (Assistência a ex-combatentes, Grupo pela vida, Centro de atendimento ao alcoólatra ou drogados e/ou Pinel, Criam, Delegacias, Juizado Criminal, Ministério Público, SMS, população de rua); Curitiba (asilos, clínica de nefrologia e oncologia).

Das cinco capitais, o Rio de Janeiro se destaca por abrigar maior número de unidades que realizam atividades de prevenção. Mesmo assim, em quase 38% dos programas que atendem pessoas em situação de acidentes e violências não é feito nenhum tipo de ação preventiva.

Nas outras quatro localidades, a minoria de instituições atua preventivamente sobre a questão: em Curitiba apenas três instituições (15,8%), em Manaus, cinco (27,8%). Recife e Distrito Federal apresentam uma distribuição mais equilibrada, respectivamente 41,2% e 45,8%. As atividades preventivas mais freqüentes são palestras, orientações sobre direitos e formas de se precaver e capacitação de profissionais. No Rio de Janeiro, alguns atendimentos são entendidos como ação preventiva, principalmente quando dizem respeito a alguns grupos vulneráveis como é o caso de usuários dependentes de drogas (tabela 46).

Tabela 46 – Distribuição das instituições segundo as principais ações de prevenção aos acidentes/violências nas capitais – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
Ações preventivas às viol./acid.	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Palestras	3	16,67	7	21,21	4	16,67	2	6,90	2	10,53
Orientações sobre direitos e sobre prevenção	2	11,11	3	8,82	1	4,17	8	27,59	2	10,53
Prevenção da gravidez/DST/Aids decorrente de abuso sexual	1	5,56	1	2,94	-	-	2	6,90	1	5,26
Campanhas*	1	5,56	2	5,88	2	8,33	1	3,45	1	5,26
Capacitação de profissionais	-	-	4	11,76	2	8,33	2	6,90	2	10,53
Terapia de casal/familiar e aconselhamento familiar	-	-	3	8,82	-	-	2	6,90	-	-
Grupos de orientação ao agressor	-	-	-	-	1	4,17	3	10,34	-	-
Grupos de adolescentes/Grupo de idosos para prev.	-	-	3	8,82	1	4,17	-	-	-	-
Oficinas profissionalizantes	-	-	1	2,94	-	-	-	-	-	-
Distribuição de materiais informativos	1	5,56	-	-	-	-	1	3,45	1	5,26
Orientação de pais**	-	-	1	2,94	2	8,33	3	10,34	-	-
Atendimento***	-	-	1	2,94	-	-	7	24,14	1	5,26
Oficinas com comunidades/Visitas domiciliares	-	-	3	8,82	-	-	-	-	1	5,26
Participação na rede de proteção	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,26

* Campanhas contra acidentes de trânsito, acidentes domésticos, acidentes de trabalho e violência.
** Reunião de mães, sala de espera, grupo de pais, capacitação de pais.
*** Atendimento a dependente químico, atendimento de saúde mental, atendimento do serviço social, atendimento multidisciplinar, atendimento à mulher vítima, atendimento a meninos.

As ações associadas ao conceito de qualidade de vida não são realizadas na maioria das instituições em Manaus e em Curitiba, em metade das instituições de Distrito Federal, e em pouco mais da metade no Recife e no Rio de Janeiro. Quando efetuadas, as atividades mais freqüentes são palestras e orientações.

Em Manaus, Recife e Distrito Federal, pouco mais da metade das instituições referiu a existência de algum tipo de avaliação do trabalho, respectivamente 55,56%, 52,94% e 60,87%. No Rio de Janeiro e em Curitiba, 82,76% e 78,95% delas passam por processos avaliativos.

Com exceção de Manaus, na maioria das instituições o registro das informações sobre o atendimento às pessoas em situação de acidentes e violências é manual, sendo até mesmo inexistente em algumas delas, o que demonstra a fragilidade do conhecimento a respeito do trabalho desenvolvido, o que certamente, dificulta o planejamento e facilita a improvisação. Entretanto, mesmo em Manaus, quando solicitado o número de atendimento por acidentes e violências aos serviços, tais informações, contraditoriamente, não estavam disponíveis. Podemos considerar a pouca valorização da notificação dos casos e das ações como um dos fatores que explicam a dificuldade de implementação de ações sistemáticas de planejamento, organização e avaliação. Apesar de termos tomado ciência de que em grande parte das instituições, nos cinco municípios, os dados registrados são analisados e são elaborados relatórios das atividades realizadas, a dificuldade na obtenção dessas informações (seja em seu estado bruto, seja de forma analítica), fato recorrente nas cinco capitais, permite-nos relativizar a validade e a utilidade desses informes para gerar ações ou mudanças (tabela 47).

Tabela 47 – Distribuição das instituições segundo a realização de ações voltadas para a qualidade de vida nas capitais – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
Ações voltadas para a promoção da saúde e a qualidade de vida	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Educação Física/Esportes/ Recreação/Lazer	1	5,56	4	11,76	-	-	1	3,45	2	10,53
Campanhas educativas de prev. e combate à incêndios/prev. de acidentes	1	5,56	1	2,94	-	-	-	-	1	5,26
Palestras diversas/Orientação/Prev. de violência	3	16,67	11	32,35	4	50,00	12	41,38	6	31,58
Ações educativas/reforço escolar/ curso de artesanato/outros cursos	-	-	2	5,88	-	-	1	3,45	1	5,26
Orientação de direitos	1	5,56	-	-	-	-	-	-	1	5,26
Não possui	11	61,11	16	47,06	4	50,00	14	48,28	11	57,89

Tabela 48 – Distribuição das instituições segundo a modalidade de registros de atendimento às pessoas em situação de acidentes e violências nas capitais – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
Modalidade	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Registro Manual	5	29,41	15	44,12	17	77,27	17	60,71	10	55,56
Registro Informatizado	11	64,71	14	41,18	2	9,09	8	28,57	7	38,89
Não Possui	1	5,88	5	14,71	3	13,64	3	10,71	1	5,56
Total	17	100,0	34	100,0	22	100,0	28*	100,0	18	100,0

* Uma instituição não respondeu a pergunta.

Em consonância com os objetivos e as atividades desenvolvidas, em todos os municípios, os médicos constituem a categoria mais presente nas equipes de profissionais a atuar nas instituições investigadas, seguida dos assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e auxiliares e técnicos de enfermagem. Nas cinco capitais, em mais de 70% das instituições existem atividades de capacitação para esses profissionais atuarem na atenção às pessoas em situação de acidentes e violências.

Em Curitiba, todas as unidades possuem esse tipo de orientação. Em Manaus, Distrito Federal e Rio de Janeiro, a maior parte das unidades oferece capacitação a seus profissionais de forma regular; em Recife a busca individual de formação para atuar frente ao problema prevalece e, em Curitiba, a última capacitação ocorreu há algum tempo para a maior parte das instituições, conforme exposto na tabela 49.

Tabela 49 – Distribuição das instituições segundo a regularidade das atividades de capacitação nas capitais – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
Periodicidade	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
A última capacitação ocorreu há algum tempo*	4	23,53	9	36,00	4	16,67	5	22,73	10	58,82
A equipe recebe capacitação regularmente **	8	47,06	6	24,00	12	50,00	13	59,09	8	47,06
Cada profissional busca individualmente ou em grupo este tipo de orientação	3	17,65	10	40,00	4	16,67	4	18,18	-	-
A capacitação não é oferecida, nem buscada individualmente	2	11,76	-	-	4	16,67	-	-	-	-
Total	17	100,0	25	100,0	24	100,0	22	100,0	17	100,0

(*) Inclui capacitação oferecida há seis meses, um ano, mais de um ano, há dois anos.
(**) A capacitação é oferecida pelo Serviço/Programa diariamente, semanalmente, mensalmente, trimestralmente, semestralmente, anualmente ou mais.

Tabela 50 – Distribuição das instituições segundo adequação e suficiência da estrutura nas capitais – 2006

Município	Manaus				Recife				Distrito Federal				Rio de Janeiro				Curitiba			
	Adeq.		Sufic.		Adeq.		Sufic.		Adeq.		Sufic.		Adeq.		Sufic.		Adeq.		Sufic.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Instalações físicas	12	66	9	50	22	66	17	51	7	31	6	28	13	46	10	35	13	68	8	42
Equipamentos	15	88	9	52	25	73	25	73	10	45	7	33	14	50	12	42	16	84	7	36
Insumos	12	66	8	44	25	75	21	63	9	40	7	33	18	64	11	39	18	94	15	78
Equipe	15	88	5	29	24	70	15	44	11	50	7	33	23	82	10	37	17	89	5	26

Consultamos gestores e profissionais das unidades estudadas nas cinco localidades em relação à adequação da equipe, dos insumos, dos equipamentos e das instalações físicas para atuar nos agravos e lesões provocados por violências e acidentes. Em Manaus, em Recife, no Rio de Janeiro e em Curitiba, a equipe existente para atendimento foi avaliada como adequada (ou seja, preparada para o que está fazendo) pela maioria dos gestores e no Distrito Federal, pela metade deles.

Em contrapartida, em todos os municípios, os gestores consideram que o grupo de profissionais é insuficiente. O quadro de deficiência se repete para os outros tópicos, sobretudo em relação aos recursos destinados à execução das ações. "Instalações físicas" foi o item considerado menos adequado pelo conjunto de instituições avaliadas em cada cidade.

7 | Análise da Implementação do Atendimento Pré-Hospitalar

Suely Ferreira Deslandes
Maria Cecília de Souza Minayo
Andréia Ferreira de Oliveira

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001a), ao tomar, como uma de suas diretrizes, a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar, reconhece o papel estratégico desse tipo de intervenção para salvar vidas e evitar seqüelas, por vezes permanentes, entre as vítimas. Vale lembrar que o atendimento pré-hospitalar é composto por uma enorme diversidade de serviços. Costumamos distinguir duas esferas: o pré-hospitalar fixo e o móvel.

O pré-hospitalar móvel tem como missão o socorro imediato das vítimas e encaminhamento para o atendimento pré-hospitalar fixo ou para o atendimento hospitalar (Brasil, 2004c).

O atendimento pré-hospitalar móvel ou fixo se fundamenta na idéia de que, freqüentemente, lesões e traumas provocados por vários tipos de evento, dentre eles, acidentes e violências, têm condições de serem revertidos em sua totalidade ou em parte, dependendo do suporte oferecido à vítima.

Um dos fatores críticos que interferem no prognóstico das vítimas de trauma é o tempo gasto até que o tratamento definitivo possa ser efetivado. Segundo o Committee on Trauma of American College of Surgeons, o intervalo ideal para execução dos procedimentos é de 20 minutos (Pepe et al., 1987; Whitaker, 1998). A presteza do atendimento se deve ao fato de que as primeiras horas pós-evento traumático têm sido apontadas por vários autores (Whitaker, 1998; Trunkey, 1980) como o período de maior índice de mortalidade. Champion et al. (1990) constataram que, em geral entre as vítimas fatais de traumas, mais da metade não chega a resistir 24 horas. Pelos argumentos citados, entendemos que o atendimento pré-hospitalar deve favorecer o atendimento rápido com otimização dos recursos disponíveis visando à preservação da vida e da qualidade futura do desempenho dos sobreviventes.

Segundo Albuquerque e Minayo (2007), dois modelos têm inspirado a organização do pré-hospitalar móvel: o americano e o francês, sendo que muitos outros países adotam estratégias que mesclam as características destas duas matrizes de orientação

(Deslandes, 2002). O modelo de pré-hospitalar americano prioriza o atendimento feito por paramédicos (técnicos) enquanto o modelo francês adota a presença de médicos nas ambulâncias (Lechleuthne,1994). Nos Estados Unidos, os paramédicos podem, inclusive, variando de um estado para outro, realizar a administração de medicamentos. Em alguns países como Japão e a Inglaterra esses profissionais podem também realizar procedimentos de suporte avançado de vida, tais como desfibrilação, entubação endotraqueal e aplicação de medicamentos por via intravenosa (Hayashi et al., 2002; Rainer et al., 1997).

Na França, onde é exigida a presença do médico nas unidades móveis, os bombeiros atuam somente no resgate de vítimas com lesões de baixa gravidade e na liberação da vítima quando presa a ferragens (Nikkanen et al., 1998).

No Brasil, em muitas cidades já vigora o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (Samu), que constitui atualmente uma política de governo. O Samu foi oficializado pela Portaria 1.864/GM de 29 de setembro de 2004, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação destes serviços em municípios e regiões de todo o território brasileiro: o Samu-192. A atual institucionalização do Samu (como atendimento móvel), articulada ao investimento nas unidades fixas para atendimento pré-hospitalar constitui uma inflexão importante na implantação da PNRMAV, respondendo ao momento de incremento das causas externas no país, nos últimos 25 anos.

O Corpo de Bombeiros teve uma atuação histórica importante no sistema pré-hospitalar antecedendo a política representada pelo Samu. Em 1990, quando foi implementado o Programa Nacional de Enfrentamento de Emergências e Traumas (PNEET), o GSE/RJ, o Sistema de Atendimento ao Trauma e às Emergências (Siate) de Curitiba, o Sistema denominado Resgate, de São Paulo, e a Companhia de Socorro de Emergência do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal não só realizavam os serviços de atendimento como também lideravam treinamentos. Houve um grande investimento em capacitação de instrutores e em padronização do conteúdo didático e, a partir daí, foram treinados bombeiros de todos os estados da federação, em cursos de aproximadamente 30 horas, dando início ao processo de implantação e fortalecimento da atenção pré-hospitalar móvel executada pela Corporação Bombeiro-Militar em todo o país.

Em alguns municípios, o Corpo de Bombeiros ainda continua como o único órgão responsável pelo atendimento móvel às pessoas envolvidas em acidentes e violências e há outros lugares em que as duas modalidades de socorro atuam juntas. Existem ainda outros modelos de resgate das vítimas (modelos SOS). Esta pesquisa envolve os seis serviços de pré-hospitalar móvel que atendem vítimas de acidentes e violências atuantes nas cinco capitais (em Manaus funcionam dois serviços).

O atendimento pré-hospitalar fixo é aquele direcionado aos quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, no primeiro nível da atenção. Engloba uma grande heterogeneidade de serviços.

Geralmente, esse tipo de atendimento pode ser prestado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), unidades dos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitá-

rios de Saúde (Pacs), bem como por ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergência[8], tais como o Pronto Atendimento de 24 horas, também chamado, em algumas localidades, como Pronto-Socorro (PS).

Neste estudo, por termos definido que só seriam incluídos os serviços que fossem reconhecidos oficialmente pelos gestores e profissionais por atenderem as vítimas de violências e acidentes, tivemos a participação majoritária dos Prontos Atendimentos 24 horas e dos ambulatórios especializados voltados para grupos mais vulneráveis, tais como crianças e adolescentes ou mulheres vítimas de violências[9]. Nesses ambulatórios especializados, são prestados atendimentos tanto em situações emergentes como em situações crônicas e reincidentes, isto é, quando a violência já é uma experiência vivenciada há muito tempo.

Portanto, lidamos neste capítulo com serviços que possuem diferentes propósitos, características e estratégias.

O PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: QUANDO A PRESSA É AMIGA DA VIDA E A DESARTICULAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS É UMA AMEAÇA

O pré-hospitalar móvel pode ser definido como sendo o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, prestando-lhe socorro e transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. Está formalmente direcionado para a atenção de pessoas que apresentem quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica. Esse nível de serviço se constitui em uma atribuição da área da saúde, sendo quase sempre vinculado a uma central de regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população (Brasil, 2004c).

Essa modalidade de atendimento às vítimas de acidentes e violência visa a estabilizar as condições vitais dos pacientes e a fazer um transporte adequado até uma unidade de maior complexidade, buscando evitar iatrogenias por manipulação ou tratamento incorretos dos pacientes que possam culminar com situações de incapacidade física temporária, permanente ou até a morte (Witaker et al., 1998).

O período em que a pesquisa foi realizada demarca a transição e a convivência entre dois modelos de atendimento, um realizado historicamente pelo Corpo de Bombeiros e outro, mais recente, a cargo do Samu. O Corpo de Bombeiros tem atuado em todo o país,

---

[8] Do ponto de vista conceitual, há quem trate os termos urgência e emergência como sinônimos. Entretanto, também há quem considere que há diferenciações entre eles. Neste último caso, emergências médicas são quadros em que a vida do paciente encontra-se em risco e por isso é necessário e importante agir e tomar decisões médicas imediatas, devido à sua gravidade. Já a urgência médica é a situação em que não há risco de vida para o paciente, nem de agravamento do quadro, ou seja, o caso requer assistência médica, mas o atendimento e o transporte do enfermo podem ser feitos em um espaço de tempo reduzido (Brasil, 2004d).

[9] A pesquisa incluiu nove unidades de atenção básica ampliada (oito do DF e uma do Rio), e 18 PS/24 horas (três no DF, cinco de Curitiba, cinco de Manaus, quatro no Recife e o único que atendia traumas no Rio). Os serviços de diagnóstico e terapia especializados foram quatro (três do DF e um de Recife). Dezenove ambulatórios especializados (cinco no DF, dois em Curitiba, um em Manaus, quatro em Recife e sete no Rio de Janeiro) e finalmente seis serviços de pré-hospitalar móvel (Samu de Curitiba, Recife, DF, GSE do Rio de Janeiro, Samu e SOS de Manaus).

geralmente através de linha própria (193) sem possuir necessariamente uma regulação médica. O atendimento geralmente é feito por técnicos de enfermagem. Algumas capitais, contudo, contam com atendimento que inclui a presença de médicos, já organizado por meio de uma central de regulação e dispondo de ambulâncias diferenciadas segundo complexidade (este é o caso do Rio de Janeiro).

O Samu propõe um modelo de assistência padronizado que opera com uma central de regulação, com discagem telefônica gratuita e de fácil acesso (linha 192), com regulação médica regionalizada, hierarquizada e descentralizada. No sistema Samu, há uma normalização para a composição das equipes de socorro segundo complexidade, regulando os tipos de unidades móveis e suas atribuições e recursos. Foram criados protocolos para atendimento com múltiplas vítimas, além de ferramentas operacionais regulares (mapa de área de atuação identificando os pontos de apoio das unidades básicas e das unidades de maior complexidade; grade de referência e contra-referência dos serviços interligados de urgência do município ou região; lista de todos os telefones; mapas para capacidade instalada dos serviços de urgência e viária e mapas de risco) (Brasil, 2004c).

A comunicação e cooperação entre os modelos Samu e Bombeiros ocorreu (e ainda ocorre) de forma desigual entre as cidades. O Samu, como um novo ator neste cenário, é visto por gestores e profissionais como uma iniciativa bem-vinda porque é capaz de agregar mais recursos e garantir maior cobertura. Mas também é avaliado por outros como perda de espaço político e de financiamento do Corpo de Bombeiros, instituição que agrega, há décadas, uma grande experiência no atendimento pré-hospitalar. Destacaremos três realidades distintas que ilustram bem esse momento de repactuações e articulações que obviamente apresenta aspectos colaborativos e conflituosos.

Em Manaus, por exemplo, o serviço pré-hospitalar móvel era dividido entre o atendimento do SOS, de responsabilidade municipal e do Resgate, de responsabilidade do Corpo de Bombeiros. Ambos atuaram conjuntamente até janeiro de 2006. Entretanto, não contavam com a presença do profissional da área médica, nem de equipamentos adequados a este tipo de atendimento. As atuações do SOS e do Resgate caracterizavam-se essencialmente pelos primeiro cuidados, pela imobilização de vítimas e pelo encaminhamento às unidades de saúde. Ainda que tivessem atribuição de servir no âmbito da cidade de Manaus, os atendimentos também eram feitos por solicitação de prefeituras de outros municípios que demandavam suporte para o cuidado com vítimas provenientes deles, quando chegavam à capital.

A substituição dos dois serviços citados pela implantação do Samu foi muito bem vista pelos gestores. Embora iniciante, ela significa expectativas de melhoria e qualidade, pois, além de padronizar normas e procedimentos por meio de um programa nacional, inclui a dotação, pelo Ministério da Saúde, de equipamentos de resgate segundo as características da região. Ademais, a proposta é implantar bases de serviços em outros municípios, sendo disponibilizadas unidades aéreas e pluviais para localidades de difícil acesso. Essa melhoria de planejamento integrado, de dotação de equipamentos, de normas e orientação

significa muito para as dramáticas dificuldades de acesso num território somente alcançável por várias horas de avião ou dias navegando por barco.

> *Há 11 municípios dos 62 que não têm aeroporto próprio, que dependem de municípios vizinhos. Vizinho aqui, sabes como é? Tem que pegar lancha, leva tempo, às vezes tem auxílio do Búfalo do Exército. Só que muitas vezes o paciente não tem como esperar... Pense no caso do paciente esfaqueado, que está num município que para chegar aqui ele leva 5 dias de barco. Imagina que ele vem com intestino aberto, num barco, nessas condições. Às vezes ele falece antes de chegar. Quando dá para o município mandar por avião eles mandam, mas isso também tem um custo alto. Em média gastam de 9 a 11 mil reais para o deslocamento de um paciente.* (Gestor do serviço pré-hospitalar - Manaus)

Dentro dessa divisão de trabalho, o Corpo de Bombeiros fica responsável apenas pelo resgate de vítimas nas chamadas "zonas quentes", onde haja perigo de desmoronamento, incêndio, situações com vítima presa a ferragens etc. O profissional médico e de enfermagem do Samu participariam, então, dos atendimentos nas "zonas frias" ou após a intervenção do Corpo de Bombeiros.

Todavia, esta articulação se faz, apesar da insatisfação dos Bombeiros, pela ausência de apoio e suporte ao programa já existente e pelo sentimento de desvalorização de tanta experiência acumulada. Na verdade eles têm suas atribuições reduzidas. Para Manaus e para outros municípios vizinhos, no entanto, a expansão que o Samu representa na cobertura (há perspectiva de funcionamento de 14 unidades regionais) e na melhoria da qualidade da atenção pré-hospitalar é de vital importância.

> *Olha como a coisa tende a mudar: nos casos de parada respiratória, outras situações de menor complexidade que os SPA's atendem bem, não é o caso, mas quando tinha um caso de politraumatizado grave, o SOS levava para o que tinha mais próximo, às vezes um SPA para o primeiro atendimento, depois é que transferiam. A partir do Samu, já se tem estrutura pra esse primeiro atendimento, pra regular e levar direto onde tem que ser atendido. Hoje já se programa pra onde tem que ir levando o paciente, e não pro lugar mais próximo* (Gestor da atenção pré-hospitalar - Manaus)

Observamos uma situação peculiar no Rio de Janeiro. Nesse município, a atenção pré-hospitalar móvel aos acidentados e vítimas de violência desde 1986 é competência do Grupamento de Socorro de Emergência do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (GSE/CBMERJ), com o diferencial de ter sempre contado com equipes médicas para regulação e para atendimento.

Esse grupo possui ainda larga tradição nos serviços que apóiam a realização de grandes eventos tais como o *réveillon*, o carnaval e shows em locais públicos:

> *Aqui no Rio de Janeiro o Grupo de Socorro do Corpo de Bombeiro considera como múltiplas vítimas uma fila de dez; e é talvez uma das maiores experiências mundiais em atendimento a acidentes com múltiplas vítimas. O Grupo de Socorro dos Bombeiros tem muito a contribuir, acho que ele tem que ser incluído em qualquer programa que se vai fazer. Não tem ninguém no mundo hoje, tenho absoluta certeza em afirmar isso, que tenha a experiência do GSE do Rio de Janeiro.* (Gestor estadual - SES-RJ)

Os gestores entrevistados elaboraram enfática crítica ao Ministério da Saúde por não ter envolvido o GSE na formulação e implantação da política de atenção às urgências da qual se originou o Samu. Esta circunstância foi explicada pelos entrevistados pelo fato de o GSE não pertencer à área da saúde (nos outros estados os serviços de socorro dos bombeiros não contam com médicos) e pela suposta dificuldade da Saúde em estabelecer interlocução com outros setores, negando sua propalada consigna de intersetorialidade.

> *Essa portaria desconsiderou as Corporações,(...) em grande parte por que os parceiros Bombeiros do resto do Brasil, não eram profissionais de saúde; e quem estava formulando política, era o Ministério da Saúde. E o Ministério da Saúde tem dificuldade de dialogar com quem não é saúde; mas no Rio isso é um grande pecado, por que a gente tem vinte anos de experiência nas costas; formando pessoas, especializando pessoas, com muita experiência e profissionais de saúde; então nós fomos desconsiderados.* (Gestor 1 - Pré-hospitalar)

A ausência de integração por "questões políticas setoriais" foi profundamente lamentada, principalmente porque a interação entre os órgãos possibilitaria elevar consideravelmente o orçamento do GSE.

> *Isso causou uma revolta muito grande no serviço, e ainda mais que a gente vinha conduzindo o serviço com recursos muito parcos do SUS. E essa política traz um financiamento, que é assim; vinte vezes maior do que a gente consegue para tocar o serviço. Para você ter uma idéia, consegue se tocar o serviço com dificuldade, mas em torno de setenta unidades; com cem, cento e vinte mil reais, por mês; o faturado com o SUS, cobra-se mais; mas tem um teto; então o que entra é cento e dezenove, cento e dezoito mil reais, por mês. Isso sustentava setenta ambulâncias; hoje uma ambulância do Samu tem a função de receber cinqüenta mil reais, só do Governo Federal. Por mês. Quer dizer, se o nosso serviço fosse financiado por esta política; a gente estava com tudo funcionando sem dificuldades, sem o estresse que hoje se passa.* (Gestor 1 - Pré-hospitalar).

Na verdade houve uma fraca tentativa de integração que não foi adiante por entraves políticos envolvidos em subterfúgios de questões menores, como por exemplo, a obrigatoriedade do uso de logotipos, uniformes e equipamentos específicos. Além disso, a possibilidade de repasse de verbas da estrutura Samu para os Bombeiros foi considerada improcedente. Todos esses fatores impediram a integração do GSE ao processo de implantação do Samu no estado.

> *Eu acho que faltou às pessoas sentarem; e estabelecerem de fato uma parceria. A gente chegou a delinear isso, por que o GSE tinha representantes em várias regiões; e a gente chegou a delinear; (...) A recomendação que a gente tinha, era de que o representante da região sentasse com os secretários municipais seus, que são médicos iguais a eles. E vem cá, vocês vão fazer Samu? Vamos. Então vamos sentar e ver: vocês atendem as chamadas domiciliares (urgências clínicas), a gente atende a via pública, vamos fazer um centro de operações único, enquanto parte do dinheiro, que você recebe para lá, vamos passar para cá. Mas começaram a ter restrição, que eles não poderiam passar dinheiro para o bombeiro. A ambulância não poderia ser vermelha, né? Então o pessoal do bombeiro, teria que usar uniforme, imposto pelo Samu, ou seja, ficou inviável politicamente viabilizar um projeto conjunto. (...) Então as negociações se interromperam, os municípios que deram conta de fazer, fizeram; e aí fizeram seus treinamentos como puderam.* (Gestor 1 Pré-hospitalar - Rio de Janeiro)

Segundo a Portaria 1864/GM, o Ministério da Saúde, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde se compromete a repassar ao Samu as seguintes quantias mensais: R$ 12.500 por equipe de suporte básico, R$ 27.500 por equipe de suporte avançado e R$ 19.000 por equipe da Central Samu. Em contrapartida, o Corpo de Bombeiros continuaria a receber segundo a tabela SAI/SUS. Sem esta parceria, o processo de capacitação dos profissionais que integrariam o Samu foi considerado pouco produtivo, por ter focado conteúdos fora da realidade carioca.

Finalmente, em 2005, foi implantado o Samu e, segundo informante do Corpo de Bombeiros, ficou então informalmente acordado que este serviço no município do Rio de Janeiro limitar-se-ia a atender às urgências clínicas e domiciliares, não realizando atendimentos em via pública e não atendendo às vítimas de acidentes e violências. Em outros termos, com pouca verba, o GSE continuaria a ser o responsável por boa parte dos atendimentos e é o único a realizar socorro às pessoas vítimas de acidentes e violências.

Em Curitiba, observamos, em contrapartida, excelente articulação entre Bombeiros e Samu. Nessa capital, o socorro é feito, desde 1990, pelo Siate, gerenciado pelo Corpo de Bombeiros, e que sempre contou com regulação médica dos chamados, através da participação de médicos da secretaria estadual ou municipal de Saúde. Como esse serviço era considerado eficiente e rápido, gozando de credibilidade da população para atendimento ao trauma, continuou então a prestar os atendimentos, agora de forma integrada ao Sistema Samu.

O Samu, por sua vez, faz parte de uma rede mais ampla, o Sistema de Atendimento Municipal às Urgências. Assim, o Siate cuida das situações de acidentes e violências e o Samu, das emergências clínicas.

Na prática, se alguém em Curitiba liga para a linha 193 dos Bombeiros, a central de comunicação transfere a ligação para a linha 192 (Samu) onde será atendido por uma central de regulação médica que avaliará a gravidade da situação e designará ambulância e equipe apropriada.

> *Existe uma interação muito grande entre os dois serviços então, no tocante ao atendimento do trauma, não existe dificuldade técnica para este atendimento.* (Gestor Pré-hospitalar - Curitiba)

Os serviços de atendimento pré-hospitalar são responsáveis por um número considerável de atendimentos anuais nas capitais pesquisadas. Observando os dados de atendimento de 2004 e 2005 na tabela 50, concluímos que o socorro para acidentados de trânsito e transporte e demais acidentados constituem a maioria dos cuidados. A atenção às vítimas de agressões, em 2005, destaca-se nas cidades de Manaus, Rio e Curitiba.

Tabela 51 – Número absoluto dos tipos de atendimentos de pré-hospitalar móvel por acidentes e violência realizados nas capitais estudadas – 2004 e 2005*

	Distrito Federal		Curitiba		Manaus		Recife		Rio	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Total de atendimentos	514.349	537.282	824.022	429.144	964.892	680.358	363.514	213.794	1.547.138	816.422
Atendimentos por agressão	267	398	2.413	1.430	2.289	496	670	280	2.633	1.426
Atendimentos por lesão autoprovocada	139	129	41	26	20	0	143	66	554	326
Atendimentos por lesão decorrente de intervenções legais	47	70	0	0	0	0	0	0	0	0
Atendimentos por acidentes de trânsito/transportes	108	136	5.247	2.208	5.795	1.007	3.447	1.541	40.964	21.379
Atendimentos por quedas	71	652	4.288	2.530	0	0	1.703	852	13.920	7.293
Atendimentos por demais acidentes	118	473	390	134	0	81	396	185	3.278	1.732

* No ano de 2005 só foram incluídos dados referentes ao 1° semestre.

Por outro lado, gestores do Distrito Federal e Curitiba pontuam que o atendimento às vítimas em localidades consideradas muito violentas apresenta grande dificuldade.

> *no tocante ao atendimento do trauma, não existe dificuldade técnica para este atendimento. No entanto, ao se tratar de casos de violência, muitas vezes é necessário o apoio da segurança pública em conjunto com a atividade de assistência médica. Isto faz com que, muitas vezes, nós tenhamos necessidade de atrasar o atendimento médico por conta de uma situação de violência ou de risco para a própria equipe, no aguardo da segurança pública.* (Gestor pré-hospitalar - Curitiba)

Em relação aos registros de atendimento, os gestores informam que a notificação não segue os critérios da CID-10 no Rio e em Recife. Todavia, todos os serviços afirmam fazer análise sistemática dos dados e utilizá-los como base para o planejamento das ações. Quando perguntados como avaliavam seus registros, os gestores pontuaram sempre notas elevadas (entre 7 e 10). Observamos, porém, uma discrepância funcional, pois esses bancos de dados não estão articulados com os de outras instituições que prestam atendimento às vítimas de acidentes e violência nos municípios.

No que concerne à organização do atendimento pré-hospitalar móvel, os municípios estudados foram unânimes em afirmar que possuem articulação com a rede hospitalar através de central de regulação ou com rede pactuada do município (no caso do Rio, essa é operada pelos Bombeiros). Contudo, ao aferirem notas para essa articulação,

especialmente os gestores do Rio, Distrito Federal e Curitiba revelam insatisfação, atribuindo-lhe nota 6,0. Os gestores das cidades de Manaus e Recife se mostraram mais satisfeitos, valorizando essas relações com a nota 9,0.

Todos os serviços pré-hospitalares das capitais estudadas afirmaram possuir rotinas e protocolos para o atendimento às vítimas de acidentes e violências.

Analisando os recursos disponíveis para o atendimento, observamos que estes variam consideravelmente em cada cidade. Os veículos de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel são definidos de acordo com a Política Nacional de Atendimento às Urgências (Brasil, 2004e) como:

- Ambulâncias – denominam veículos terrestre, aéreo ou aquaviário e se destinam exclusivamente a transporte de pacientes. Podem ser do tipo A (remoções simples de caráter eletivo), tipo B (Suporte Básico de Vida – paciente com risco de vida em transporte inter-hospitalar e paciente do pré-hospitalar com risco de vida desconhecido), tipo C (resgate, atendimento pré-hospitalar de vítimas de acidentes ou em locais de difícil acesso, com equipamento de salvamento) tipo D (Suporte Avançado de Vida – paciente com alto risco de vida em emergência pré-hospitalar e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos, com equipamentos), tipo E (aeronave de asa fixa ou rotativa para transporte inter-hospitalar e de resgate paciente) e tipo F (embarcação – veículo motorizado para transporte via marítima ou fluvial).
- Veículos de intervenção rápida – carros leves para transporte dos médicos com equipamentos para suporte avançado de vida.
- Outros veículos – carros comuns adaptados para transporte de pacientes de baixo risco.

Ressaltamos que o conjunto das cinco capitais possui pelo menos um dos três tipos de ambulância preconizados para o pré-hospitalar: B, C ou D. Contudo, ao examinar o que, efetivamente, está disponível em cada uma delas verificamos diferenças e deficiências que podem ser mais bem visualizadas no quadro 5.

Quadro 5 – Disponibilidade de unidades móveis segundo tipo e cidade – 2006

Tipos de unidade	Manaus	Recife	Distrito Federal	Rio de Janeiro	Curitiba
Ambulância tipo A					
Ambulância tipo B					
Ambulância tipo C					
Ambulância tipo D					
Ambulância tipo E					
Ambulância tipo F					
Veículos de intervenção rápida					

Em Manaus, onde o Samu ainda está em implantação, não há ainda ambulâncias do tipo D e E, mas existem expectativa e planejamento para isso. Em contrapartida, possui ambulâncias do tipo F. Não possuir unidades com suporte avançado de vida é um problema realmente grave que a implantação do Samu promete resolver. Atualmente, o Samu trabalha com as mesmas oito bases descentralizadas no município que eram operadas pelo SOS e pretende expandir o número de ambulâncias com os recursos disponibilizados pelo projeto.

O Samu de Recife não possui ambulâncias do tipo C, dificultando o resgate de vítimas em locais de difícil acesso nem aeronaves. Dispunha de um total de 11 ambulâncias e agora conta com 15. Existe plano para que a progressiva implantação do Samu expanda consideravelmente o atendimento, incluindo toda a Região Metropolitana. Isto representa um aumento de cerca de um milhão e meio de habitantes na cobertura do sistema[10].

O Distrito Federal somente possui ambulâncias do tipo B e D, ou seja, apresenta baixa diversidade de opções.

No Rio de Janeiro o GSE-Corpo de Bombeiros possui 78 ambulâncias, sendo que a metade com suporte avançado e presença de médicos. Conta ainda com todos os tipos de ambulâncias.

Curitiba possui uma estrutura que agrega vários serviços, desde a integração Siate/Samu ao suporte hospitalar. Isso representa um total de 64 ambulâncias (13 Siate, 21 Samu e 30 da central de ambulâncias). Dispõe dos tipos B, C e D e somente não possui aeronaves. As ambulâncias do Samu dividem-se em 15 para o suporte básico (sem médico) e cinco de suporte avançado (com médico, enfermeiro e socorrista) e 1 ambulância de UTI neonatal. Já o Siate possui 13 ambulâncias de suporte básico para remoção dos traumatizados com socorristas e dois veículos pequenos para transporte rápido do médico quando se faz necessária sua presença no local do acidente para atendimento.

Visando a analisar a disponibilidade de recursos, verificamos se as unidades móveis possuem *a* maioria dos equipamentos e medicamentos preconizados pela Portaria 2048/MS (Brasil, 2004d). Apenas a cidade do Rio de Janeiro preencheu esse critério. Tal fato é corroborado por estudo que analisa a estrutura desse serviço prestado pelo GSE-RJ:

[10] O atendimento do Samu preconiza os seguintes parâmetros: uma equipe de Suporte Básico de Vida (SBV) para cada 100/150 mil habitantes (um motorista, um auxiliar/técnico de enfermagem e uma ambulância tipo B); uma equipe de Suporte Avançado de Vida (SAV) para cada 400/450 mil habitantes (um motorista, um médico e um enfermeiro e uma ambulância tipo D). Um médico regulador para cada Central e um Núcleo de Educação em Urgência em cada capital.

> *Todos os Auto Socorro de Emergência (ASE) dispõem de recursos de suporte de vida, com monitores-desfribiladores, material para assistência respiratória, monitores de saturação de oxigênio e dispositivos especiais para imobilização de fraturas e da coluna vertebral. Os ASE dispõem, adicionalmente, de material para acesso avançado às vias respiratórias, respiradores mecânicos, medicamentos, soluções endovenosas e equipamentos de monitorização cardio-respiratória sofisticados. Os helicópteros aeromédicos são equipados com os mesmos recursos humanos e materiais dos ASE-A, prestam socorro direto em situações de tráfego terrestre difícil, em ilhas ou embarcações e apoio operacional às diversas equipes terrestres, além de transporte intermunicipal e interestadual.* (Canetti et al. apud Vincent, 2005: 33-34)

Entretanto, os gestores aferem notas altas (entre 9 e 10) aos equipamentos e medicamentos disponíveis nos seus sistemas pré-hospitalares. Apenas os do Distrito Federal pontuaram esses quesitos com nota mais crítica (7,0). Também um dos serviços de Manaus que pontuou com nota zero o item "medicamentos" e deu nota nove para "equipamentos".

Considerando os recursos humanos, os dois serviços de Manaus juntos possuem dois coordenadores, 27 enfermeiras, 164 auxiliares e 96 motoristas. O Distrito Federal não possui uma equipe própria, recrutando seus profissionais na própria rede de saúde.

Recife pretende mudar para uma sede maior, expandindo o atendimento com regulação médica, e aumentar o quadro de pessoal, passando dos atuais 6 médicos para 8 por plantão. Apresenta um quadro com um coordenador, 28 médicos, 17 enfermeiras, 84 auxiliares de enfermagem e 70 motoristas. O GSE do Rio de Janeiro constitui a maior equipe: 14 coordenadores, 221 médicos, 4 enfermeiras, 492 auxiliares de enfermagem, 1 assistente social. Estes dados diferem dos apresentados em estudo por Vicent (2005) que indica para 2005 uma equipe do GSE-RJ de 260 médicos, 5 enfermeiros, um farmacêutico, uma assistente social, 95 técnicos de enfermagem especializados em urgência pré-hospitalar, 280 auxiliares e técnicos de enfermagem (Vincent, 2005). Tal divergência de dados pode indicar mudanças na dinâmica dos serviços ou mesmo a diferença dos métodos de coleta. Já o Samu de Curitiba opera atualmente com 7 coordenadores, 23 médicos na Central de Regulação, 47 médicos nas unidades avançadas de suporte, 72 auxiliares de enfermagem, 28 enfermeiros e 68 motoristas.

Todas as equipes tiveram capacitação profissional baseada no protocolo assistencial do Prehospital Trauma Life Support/ American College of Surgeons (PHTLS/ACS), que se baseia em definição dos passos essenciais na abordagem e manejo iniciais do politraumatizado. Apenas o gestor de Brasília menciona problema com capacitação, dado que o Samu não pode contratar profissionais, havendo que se deslocar pessoal oriundo da rede.

A avaliação dos gestores quanto ao número e qualificação dos profissionais disponíveis para o atendimento recebe novamente notas mais críticas no Distrito Federal (6,0 e 5,0 respectivamente) e também em Manaus (nota 6,0 para a qualificação dos socorristas). Essa questão da qualificação e treinamento dos profissionais do quadro para atendimento pré-hospitalar é fundamental, portanto não é um problema menor o que ocorre em Brasília e Manaus. Todos sabemos o quanto é crucial a adequação desse tipo de atendimento para salvar a vida dos acidentados e feridos.

Uma vez que a presteza do socorro é um dos itens fundamentais aos serviços de atendimento pré-hospitalar buscamos conhecer os tempos médios gastos nos serviços e apresentados por cada uma das capitais, como pode ser verificado na tabela 52.

Tabela 52 – Tempos médios em minutos do atendimento pré-hospitalar segundo capitais – primeiro semestre de 2005

Tempo médio	Manaus	Recife	Distrito Federal	Rio de Janeiro	Curitiba
Resposta das Equipes de Urgência	2	15	10	9	10
Tempo médio decorrido no local de ocorrência	15	20	Sem inf.	13	20
Tempo Médio de transporte até a unidade de referência	5	10	20(*)	20	6
Espera para o primeiro atendimento	Sem inf.	15	Sem inf.	9	8
Resposta Total	20	45	Sem inf.	66	35

(*) Quando se trata de um regaste em Brasília, o tempo estimado foi de 20 min e, quando o resgate era em alguma cidade-satélite, o tempo era de 30 min.
a)Tempo Médio de Resposta das Equipes de Urgência: É o tempo transcorrido desde a hora da recepção do chamado na Central de Regulação, até a chegada no lugar do ocorrido da equipe do Samu/GSE.
b)Tempo Médio decorrido no local de ocorrência: É o tempo transcorrido desde a hora da chegada no lugar do ocorrido da equipe do Samu/GSE até sua saída do cenário.
c)Tempo Médio de transporte até a unidade de referência. É a média dos tempos de transporte do cenário ao hospital de referência. O denominador será o número total de intervenções que geraram internações em unidade hospitalar de referência.
d)Tempo Médio de Espera para o primeiro atendimento: Mede o tempo médio, em minutos, do momento de chegada do paciente à unidade hospitalar até seu efetivo atendimento por profissional médico.
e)Tempo Médio de Resposta Total: É o tempo transcorrido desde a hora da recepção do chamado na Central de Regulação, até a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência.

Considerando o tempo de resposta total como um dos indicadores da qualidade da atenção, podemos trabalhar com algumas hipóteses para analisar os dados. As informações da tabela 52 indicam que Manaus apresenta um tempo de resposta total mais baixo, entretanto este baseou-se em estimativa e provavelmente falha em sua precisão. Recife apresenta uma medida intermediária. Rio e Curitiba apresentam comportamentos opostos. Curitiba tem um dos menores tempos, sendo favorecida pelo baixo tempo de transporte até a unidade de referência, o que indica uma boa articulação entre a ação da unidade móvel e as unidades de pré-hospitalar fixo e hospitais – fato esperado dado o modelo do sistema Samu existente na cidade. O GSE do Rio de Janeiro, ao contrário, apesar de gastar poucos minutos para chegar no local onde se encontra a vítima e para sua atuação no cenário do primeiro atendimento, dispensa precioso tempo até a chegada na unidade de atendimento da rede. Este fato é mais bem esclarecido por gestores que denunciam a baixíssima articulação entre o pré-hospitalar móvel e a recepção do paciente nas unidades da rede pública nessa cidade.

> *às vezes eu estou aqui; eu saio daqui e vou aqui; pego o doente e aqui tem um hospital. Só que eu não posso levar pra cá porque eu sei que esse hospital não tem capacidade de receber o doente; porque tá faltando o Neuro*[logista], *então tem que pegar ele daqui e atravessar a cidade para outro lugar, por que eu já sei que não adianta levar o doente para cá . Isso tudo a gente já sabe. Só que, o que acontece como a rede já esta saturada. (...) Os problemas maiores encontrados pela central da regulação é que eu não tenho hospital de referência, então isso aqui é um verdadeiro inferno brasileiro, então outro dia eu tenho tomógrafo, mas não tenho operador; um dia eu tenho*

> *tomógrafo e operador, mas não tenho filme; o dia que eu tenho os três, faltou o ar condicionado; então a gente tem uma falta muito grande do especialista e de vaga, porque nós temos uma falta de entrada muito grande e a de saída nenhuma. Porque a emergência ela não é emergência; a emergência é que todo mundo procura, porque sabe que algum médico ali que vai atender (...)* (Gestor 2 Pré-hospitalar - Rio de Janeiro)

Depoimentos destes gestores chegam a revelar que os profissionais responsáveis diretamente pelo socorro às vítimas tentam nunca trocar o dia em que estão de plantão, porque a difícil equação equipamentos-especialistas muda radicalmente de um dia para outro, conformando uma rede de ofertas nos hospitais específica para cada dia da semana. Em outros termos, o profissional perde seus referenciais básicos do "para onde levar o paciente", pois a plasticidade da oferta é extremamente acentuada nos hospitais públicos. Na terça-feira, por exemplo, pode haver neurologistas no hospital Y e, no dia seguinte, tal atendimento não estar disponível. Ou seja, a situação da articulação da rede pré-hospitalar e hospitalar no Rio de Janeiro é inquestionavelmente crítica.

Há alguns anos, os diretores e chefes de emergência dos hospitais públicos e representantes do Corpo de Bombeiros se reúnem mensalmente numa Câmara Técnica do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj), que vem funcionando como espaço de articulação importante entre os setores pré-hospitalar e emergências. Nestes encontros, eles pactuam a oferta de leitos, divulgam quando há equipamentos essenciais quebrados e quando há déficits críticos de profissionais. Com essas importantes reuniões, buscam uma auto-regulação autônoma e constantemente atualizada. O problema é que seus acordos não redundam em compromissos institucionais, nem vinculam responsabilidades às instâncias das secretarias, programas e hospitais.

Outro problema que agrava a crítica articulação entre esses dois setores de atendimento é a baixa disponibilidade de vagas nos hospitais, problema que não é só do Rio de Janeiro. Os hospitais (especialmente as emergências) encontram-se quase sempre operando acima da sua real capacidade. Na rede há problemas estruturais, históricos e quase insolúveis, tais como a grande demanda ambulatorial e de pessoas com doenças crônicas que recorrem aos serviços de urgência, além da insuficiência do número de pessoal. Tal situação foi pontuada em todas as capitais pelos gestores.

Estudos etnográficos vêm indicando que a população possui critérios próprios, de acordo com suas conveniências e interesses, para caracterizar o que é uma urgência. Esse julgamento não coincide com as premissas da biomedicina e a organização racional do sistema (Deslandes, 2002; Giglio-Jacquemot, 2005).

Variados problemas foram ainda apontados pelos gestores. As inúmeras chamadas aos serviços pré-hospitalares, por parte de pessoas com doenças crônicas, sem quadros graves que lançam mão deste recurso como alternativa às dificuldades que possuem para se locomover na cidade. Isso foi fortemente assinalado pelo gestor do serviço de Recife. A dificuldade para providenciar manutenção rápida das ambulâncias em serviço que se quebram foi mencionada pela gestora de Manaus. No Distrito Federal, segundo o gestor,

trotes correspondem por cerca de 60% das ligações feitas ao Samu. Este problema também é identificado em Curitiba, merecendo uma ação específica de conscientização.

Em síntese, a diretriz inicialmente vislumbrada pela PNRMAV revela promessas alvissareiras com a implantação do Samu. A situação de desarticulação entre as instâncias do pré-hospitalar móvel e a rede de referência continua a inspirar forte preocupação no Rio de Janeiro. A situação da falta de vagas nos serviços de emergência para atender plenamente a demanda dos acidentes e violências (e todas as demais de ordem clínica) parece configurar uma situação crônica no SUS, pelo menos ressaltada nas cinco capitais estudadas.

PRÉ-HOSPITALAR FIXO: SUPORTE OPORTUNO, MAS SEM ESPECIALISTAS REQUERIDOS

As Unidades Não-Hospitalares de atendimento às urgências e emergências (Pronto-Socorro 24 horas) são consideradas estruturas de complexidade intermediária em relação às unidades básicas de saúde (UBS), às unidades de saúde da família e às Unidades Hospitalares. Sua função é prestar atendimento a pacientes com quadro clínico agudo ou a situações agravadas de doenças crônicas. Geralmente são habilitadas e funcionar 24 horas por dia com equipe apropriada (Brasil, 2004e).

Em termos normativos, sua missão é prestar atendimento, descentralizadamente, dar retaguarda às UBS e unidades de saúde da família, diminuir a sobrecarga dos hospitais, prover uma estabilização prévia do paciente em situação crítica oriundo do serviço pré-hospitalar móvel, desenvolver ações interdisciplinares, articular-se com hospitais e unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e outras instituições locais e regionais adequadas para os problemas enfrentados, integrando fluxos de referência e conta-referência.

Existe uma expectativa de que os Prontos-Socorros sejam ainda um “observatório do sistema e da saúde da população”, subsidiando estudos epidemiológicos e construção de indicadores para avaliação e planejamento da atenção integral às urgências (Brasil, 2004e).

Para que essas funções sejam devidamente desempenhadas, existe expectativa de que a infra-estrutura física desses serviços, seus equipamentos e materiais estejam adequados ao primeiro atendimento de forma resolutiva ou à estabilização dos quadros de urgência que, posteriormente, serão encaminhados a uma unidade de maior porte.

O Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aprovado pela Portaria 2048 (Brasil, 2004d), preconiza uma série de condições e recursos considerados essenciais para a oferta de um atendimento de qualidade, em relação ao atendimento dos agravos provocados por violências e acidentes.

No que concerne aos recursos, essas unidades devem, por exemplo, conter no mínimo uma equipe de saúde na qual haja enfermeiro e médico nas 24 horas, para atendimento clínico e pediátrico. Nas regiões onde as causas externas são estatisticamente relevantes na configuração da morbimortalidade – como é o caso das cidades estudadas – as equipes devem ser acrescidas de médicos cirurgiões-gerais e ortopedistas, a critério dos gestores.

As Unidades não-hospitalares de atendimento a urgências e emergências devem contar obrigatoriamente com um coordenador ou gerente, médico clínico geral e pediatra, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia, auxiliar de serviços gerais e administrativos, bioquímico, técnico e auxiliar de laboratório (quando houver laboratório na unidade). Outros profissionais poderão compor a equipe de acordo com a necessidade local e a critério do gestor: assistente social, odontólogo, ortopedista, ginecologista, motorista, segurança e outros. Todos os profissionais que atuam nos serviços específicos de urgência e emergência devem ser capacitados nos Núcleos de Educação em Urgências, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004e).

A disponibilidade dos profissionais dos serviços de PS/24 horas das capitais estudadas pode ser visualizada na tabela 53.

Tabela 53 – Distribuição de categorias profissionais segundo número de serviços e de profissionais nas capitais – 2006

Categoria Profissional	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	Núm. de serv. (n=5)	Núm. prof.	Núm. de serv. (n=4)	Núm. Prof.	Núm. de serv. (n= 3)	Núm. prof.	Núm. de serv. (n=1)	Núm. prof.	Núm. de serv. (n=5)	Núm. prof.
Pediatra	3 (*)	11	4	47	2	20	1	19	5	65
Clínico	4 (*)	19	4	57	2	27	1	20	5	341
Enfermeiro	5	37	5	32	1	23	1	12	5	34
Aux./Téc. Enf.	5	234	4	158	3	33	1	21	5	278
Cirurgião geral	3(*)	7	1	1	1	15	1	7	0	-
Ortopedista	0	--	1	12	1	10	1	13	0	--
Cirurgião ortopedista	0	--	0	--	1	75	0	---	0	--
Ginecologista	0	--	2	13	3	8	0	--	0	-
Radiologista	0	--	0	--	1	10	0	--	0	--
Técnico em radiologia	4	36	1	9	1	18	1	10	0	--
Odontólogo	4	63	2	16	2	2	0	-	5	30
Psicólogo	0	--	2	8	1	8	0	--	0	--
Ass. Social	4	8	4	8	3	10	0	--	1	1

(*) Dos 5 serviços de Manaus, 1 não informou tais dados.

A equipe considerada mínima (clínico, pediatra, enfermeiro e auxiliares e técnicos de enfermagem) está garantida para quase a totalidade dos serviços. Chama-nos atenção, inclusive, o elevado número de clínicos na rede de Curitiba. Contudo, a importante presença de cirurgiões gerais, ortopedistas e cirurgiões ortopedistas, assim como o suporte de radiologista quase inexiste nas unidades das localidades estudadas, e o número de auxiliares de

radiologista é também modesto. A falta do apoio de assistentes sociais se mostra crítica em Curitiba e no Rio. A contribuição de psicólogos só se verifica em alguns serviços de Recife e em um do DF, nos demais é inexistente. A única surpresa favorável é a presença de odontólogos nas unidades de Curitiba e Recife. Entretanto, atinge uma expressividade surpreendente em Manaus.

Este quadro revela que a interdisciplinaridade do cuidado não é uma realidade nesse âmbito desse atendimento e que profissionais fundamentais para o cuidado de vítimas de acidentes e violências não estão presentes. Isso explica a considerável sobrecarga de trabalho para os profissionais dessas unidades.

Segundo a Portaria 2.048 (Brasil, 2004d), as unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências (PS-24 horas) devem possuir também uma área física que, minimamente, apresente: salas de recepção e espera, de triagem de risco e de arquivo de prontuário médico, consultórios médicos, sala para radiologia, laboratório de patologia clínica, sala para sutura, para curativos contaminados, para inaloterapia e medicação, sala de reanimação e estabilização, sala de urgência, sala de observação masculina, feminina e pediátrica (com posto de enfermagem, sanitários e chuveiros), farmácia, almoxarifado, expurgo, lavagem de material, central de material esterilizado, rouparia, necrotério, salas de gerência e administração, salas para descanso dos funcionários (com sanitários e chuveiros), vestiários para funcionários, copa e refeitório, depósito para material de limpeza, área de limpeza geral, local de acondicionamento do lixo e estacionamento.

Propusemos dois indicadores para análise da estrutura existente no atendimento nos PS-24 horas e a proporção dos serviços que possuem: (1) sala para sutura, sala para curativos contaminados e sala de inaloterapia e medicação; (2) farmácia, almoxarifado, sala de expurgo/lavagem de material, central de material esterilizado, rouparia e necrotério. Tomamos como ponto de corte a existência de pelo menos 2 dos 3 quesitos do indicador 1 e pelo menos 5 das 6 variáveis do indicador 2.

Os resultados podem ser vistos nas tabelas 54 e 55. Verificamos que a maioria dos serviços de PS-24 horas das cidades responde positivamente às variáveis que compõem os indicadores. Exceção é observada no DF, onde dois dos três serviços não dispõem de condições físicas básicas.

Tabela 54 – Distribuição das unidades (PS 24h) que possuem sala para sutura, curativos contaminados e inaloterapia/medicação nas capitais – 2006

	Manaus (n=5)		Recife (n=4)		DF (n=3)		Rio de Janeiro (n=1)		Curitiba (n=5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Possui pelo menos 2 dos 3 itens	4	80	3	75	1	33,3	1	100	5	100
Não possui	1	20	1	25	2	66,7	-	-	-	-

Tabela 55 – Número absoluto e distribuição percentual das unidades (PS 24h) que possuem farmácia, almoxarifado, sala de expurgo/lavagem de material, central de material esterilizado, rouparia e necrotério nas diferentes cidades – 2006

	Manaus (n=5)		Recife (n=4)		DF (n=3)		Rio de Janeiro (n=1)		Curitiba (n=5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Possui pelo menos 5 dos 6 itens	4	80	3	75	1	33,3	1	100	5	100
Não possui	1	20	1	25	2	66,7	-	-	-	-

Considerando sua importância, a existência de "sala de reanimação e estabilização" (urgência) foi outro indicador que investigamos nestas capitais. E ressaltamos, positivamente, que a maioria dos serviços analisados, nas cinco cidades, possui tal estrutura.

O Regulamento dispõe ainda uma lista de equipamentos e medicamentos que devem necessariamente fazer parte de quaisquer Unidades 24 horas. Dada a importância inequívoca de equipamentos e medicamentos para um atendimento médico que envolva situações de urgência para avaliar a estrutura do atendimento prestado consideramos o seguinte indicador: "existência da maioria dos equipamentos e medicamentos preconizados pela da Portaria 2048" (Brasil, 2004). Apenas os serviços do Distrito Federal não dispõem de material. Também três dos cinco serviços na cidade de Manaus estão deficientes.

Outro parâmetro de organização dos serviços estabelecido pela portaria 2048 é que tais Unidades contem com suporte ininterrupto de laboratórios de patologia clínica e radiologia e leitos de observação de 6 a 24 horas (Brasil, 2004d).

O indicador "proporção de unidades que possuem mecanismos próprios ou integração com outros serviços para suporte durante todo o horário de atendimento de laboratório de radiologia e patologia clínica" revela que Curitiba não possui nenhuma unidade que disponha de tais suportes. No Distrito Federal, eles estão disponíveis em apenas 33% das unidades, e em Recife, apenas em 20% delas. Manaus possui esses serviços em 80% das unidades e no Rio, eles existem na única unidade analisada.

Segundo preconiza a referida Portaria, estas Unidades 24 horas devem ainda estar articuladas aos serviços de referência de maior complexidade, sendo mediadas pela Central de Regulação, e garantir transporte para os casos mais graves (mesmo que por meio do serviço de pré-hospitalar móvel).

No que concerne ao transporte das vítimas, o assunto foi abordado pelo indicador "possui mecanismos próprios ou integração com a rede de serviços para a transferência e transporte de pacientes". A totalidade dos serviços de Curitiba, Rio, Distrito Federal e Manaus tem tais mecanismos, sendo que em Recife, só 60% dos serviços o garantem.

A articulação das unidades fixas com outras unidades para que viabilizar o atendimento de maior complexidade é uma estratégia fundamental. Portanto, foi criado o indicador "proporção de unidades que possuem articulação com rede hospitalar através da central de regulação ou de rede pactuada do município". O Distrito Federal possui 85,7% de seus serviços nesta condição e as demais cidades apresentam a totalidade com a devida articulação.

AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS

Os denominados ambulatórios especializados congregam, na prática, uma grande diversidade de serviços. Geralmente funcionam no interior da estrutura hospitalar e excepcionalmente em alguma unidade básica. Foram criados por iniciativa dos próprios profissionais da unidade, após observarem o perfil e a expansão dessa demanda em seus serviços. Alguns deles possuem atendimento especializado para as vítimas de violência e suas famílias, provendo, além dos cuidados médicos (de forma direta ou por acessar os recursos de outras unidades de saúde), o suporte psicológico e social. Essas iniciativas são fundamentais, pois elas ocupam um papel de articular tratamento e prevenção.

Identificamos um desses serviços em Manaus; quatro em Recife, cinco no Distrito Federal, sete no Rio de Janeiro e dois em Curitiba. As equipes que aí atuam oscilam entre um perfil médico (como é o caso de Manaus e do Distrito Federal) ou psicossocial (o de Recife) e modelos mistos com a presença de assistentes sociais, psicólogos e médicos (no Rio de Janeiro e em Curitiba).

ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS

Observamos que duas unidades em Curitiba, duas em Recife e quatro no Rio de Janeiro não possuem mecanismos próprios ou integrados com outros serviços para transferência ou transporte de pacientes. Apesar disso, as de Curitiba e Recife estão integradas com outros serviços para este tipo de atendimento.

Na tabela 56, apresenta-se a distribuição das cidades quanto ao indicador que avalia a presença de mecanismos próprios ou integração com serviços para suporte ininterrupto para laboratório de patologia clínica e radiologia. Esse recurso se torna importante para apoio diagnóstico à elucidação de eventos, diante da suspeita de certos tipos de violência.

Tabela 56 – Distribuição dos ambulatórios especializados, segundo a presença de suporte para Radiologia e Patologia Clínica nas capitais – 2006

	Manaus (n=1)		Recife (n=4)		Distrito Federal (n=5)		Rio de Janeiro (n=7)		Curitiba (n=2)	
Laboratório Radiologia	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Possui	1	100	2	50	3	60	4	57,1	1	50
Não possui	-	-	2	50	2	40	3	42,9	1	50
Patologia Clínica	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Possui	1	100	1	25	3	60	5	71,4	2	100
Não possui	-	-	3	75	2	40	2	28,6	-	-

Observamos que as unidades nessas capitais, em sua maioria, possuem mecanismos próprios ou integrados com outros serviços, visando à realização de exames de radiologia e de patologia clínica. A cidade de Recife apresenta metade dos serviços (50%) sem mecanismos próprios para suporte de radiologia e 75% (n=3) sem mecanismo próprio ou integração para patologia clínica.

ATENÇÃO BÁSICA: FRACA ATUAÇÃO

No nível da atenção básica, apenas o Rio de Janeiro (com um serviço) e o Distrito Federal (com oito serviços) estão representados nos cuidados à violência e acidentes. Apesar de a atenção básica constituir a maior rede nas cidades, sua participação no atendimento às vítimas ou nas ações de prevenção destes eventos é mínima.

Analisamos sua estrutura de equipamentos básicos preconizados pela Portaria 2048: ou seja, a disponibilidade de ambulatório adulto e infantil, jogo de cânulas Guedel, sonda de aspiração, aspirador, oxigênio, material para punção venosa, material para sutura e para imobilização. Destacando a disponibilidade desses nove itens como indicador da estrutura desse nível de atendimento, constatamos que o serviço existente no Rio de Janeiro apresenta sete deles. E, no Distrito Federal, a distribuição é bem desigual entre as unidades (tabela 57).

Tabela 57 – Distribuição de unidades de Atenção Básica, segundo equipamentos disponíveis dentre os nove preconizados pela Portaria 2048. Distrito Federal e Rio de Janeiro – 2006

Número de equipamentos disponíveis	Distrito Federal (n=8)		Rio de Janeiro (n=1)	
	N	%	N	%
Possui 4 dos 9	1	12,5	-	-
Possui 5 dos 9	1	12,5	-	-
Possui 6 dos 9	3	37,5	-	-
Possui 7 dos 9	1	12,5	1	100,0
Possui 8 dos 9	1	12,5	-	-
Possui todos	1	12,5	-	-
Total	8	100,0	1	100,0

Finalizando, entendemos que o processo de institucionalização da Rede Pré-Hospitalar tem tido sucesso, embora com muitas deficiências. Há necessidade de maior e melhor articulação entre si, dos órgãos de atendimento móvel; desse último com o pré-hospitalar fixo. Principalmente, observamos uma quase ausência da rede de atenção básica no processo de atendimento. Nesse particular, falta sensibilização dos gestores e dos servidores e investimento em tecnologias e formação dos profissionais.

8 | Análise da Implementação do Atendimento Hospitalar

Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti
Suely Ferreira Deslandes
Maria Cecília de Souza Minayo

A atenção hospitalar às vítimas de acidentes e violências reúne, em um mesmo local, a estrutura física, a disponibilidade de insumos, o aporte tecnológico e os recursos humanos especializados para intervir nas situações de emergência. As emergências constituem a porta de entrada dos pacientes com lesões e traumas, e, a depender da gravidade dos eventos, a assistência demanda ações de diferentes serviços hospitalares, por tempo também variável, que pode se estender por longo período de internação do paciente, passando por vários setores do hospital.

A esfera hospitalar concentra as chamadas ações de alta complexidade e alto custo, e, concomitantemente, as maiores dificuldades, entraves e nós do Sistema Único de Saúde. A ausência ou insuficiência de investimento na esfera de atenção básica, especialmente nas regiões metropolitanas, resulta no inchamento da demanda nas emergências hospitalares, lotadas com pacientes cujas moléstias e agravos poderiam e deveriam ser acompanhados e tratados nos ambulatórios, em centros e postos de saúde ou nas unidades de saúde da família. Esta situação, que desafia a racionalidade do sistema, engloba questões culturais e estruturais do setor de saúde brasileiro.

A expansão da estratégia de saúde da família contribuiu de forma importante para o aumento da cobertura da atenção, especialmente nos municípios com menos de 500.000 habitantes, no interior e nos territórios até então desprovidos de serviços públicos. Contudo, nos grandes centros urbanos, nas regiões metropolitanas com e municípios acima de 500 mil habitantes, o Programa de Saúde da Família (PSF), por si só, não é capaz de organizar, qualificar e dar conta de resolver a demanda por assistência à saúde na esfera da atenção básica. Nessas regiões, a população continua a depender das emergências hospitalares para garantir o acesso aos serviços e à atenção à saúde.

Nas capitais estudadas, as emergências hospitalares recebem pacientes do próprio município e dos municípios vizinhos que poderiam ser mais bem atendidos na esfera da atenção básica, desde que bem estruturada, organizada, competente e resolutiva. A enorme

demanda não específica, portanto, prejudica o atendimento às situações caracterizadas como de emergências pelo sistema, sejam elas clínicas ou decorrentes de causas externas. Assim, em todas as localidades foi referida pelos entrevistados, a insuficiência de leitos de emergência e de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo).

Como descrito nos capítulos anteriores, a esfera estadual prevalece na gestão da atenção hospitalar às pessoas em situação de acidentes e violências, em Manaus, no Recife e no Distrito Federal. No Rio de Janeiro, há hospitais vinculados às três esferas públicas, e em Curitiba, predominam os hospitais privados conveniados ao SUS (tabela 58).

Tabela 58 – Distribuição dos hospitais que atendem pessoas em situação de acidentes e violências segundo a natureza do prestador nas capitais – 2006

Natureza \ Capital		Manaus	Recife	Distrito Federal	Rio de Janeiro	Curitiba
Governamental	Municipal	1	-	-	7	-
	Estadual	5	10	13	5	1
	Federal	1	-	2	4	1
Conveniados com o SUS		-	-	-	-	3
Total		7	10	15	16	5

Manaus centraliza os serviços de saúde de maior complexidade do Amazonas e constitui a referência para este tipo de atenção no estado. A rede hospitalar de atenção às vítimas de acidentes e violências é constituída por sete hospitais, sendo um municipal, cinco estaduais e um federal. No contexto geral dos serviços de saúde no município, os hospitais de atendimento em urgência e emergência foram avaliados positivamente pelos gestores entrevistados. Comparativamente aos níveis pré-hospitalar e de reabilitação, a atenção hospitalar apresenta melhor estrutura e organização, bem como maior adequação em relação às diretrizes da PNRMAV (Brasil, 2001a).

Os hospitais de atendimento às urgências e emergências na cidade constituem, efetivamente, referências para atenção à saúde da população em geral, sendo reconhecidos pela qualidade dos serviços oferecidos. São chamados de 'hospitais-pronto-socorros'. Dois deles são exclusivos para o atendimento de adultos e três são hospitais infantis.

No entanto, os entraves enfrentados na atenção não-emergencial hospitalar da rede de saúde de Manaus resultam no aumento da demanda aos hospitais de emergência. A indisponibilidade de equipamentos para atendimentos de maior complexidade é freqüente e evidencia problemas estruturais, mais do que questões organizacionais. A sobrecarga de cirurgias nos hospitais de emergência, devido ao funcionamento precário dos hospitais gerais no município também constitui problema.

A estrutura precária dos serviços de saúde nos demais municípios do estado torna a rede situada na capital sobrecarregada pela atenção à saúde da população do estado do

Amazonas. Isso é particularmente intenso nos casos de urgência e emergência. Foi mencionada, pelos gestores, a inexistência de hospitais preparados para atender até mesmo a patologias simples nos municípios do interior. Embora disponham de profissionais qualificados, esses hospitais não têm condições físicas suficientes e equipamentos adequados para atuação. Em contrapartida, a estrutura física dos hospitais da capital está aquém da demanda que a eles se apresenta. Há perspectiva de redução dessas deficiências com a reforma do maior hospital de urgência da cidade, cujo espaço físico será ampliado e terá aumento de 11 leitos de UTI.

Para completar o quadro, a articulação com a rede hospitalar através da Central de Regulação (rede pactuada do município, ainda que não identificada oficialmente) foi referida positivamente em 100% das unidades, o que denota uma comunicação efetiva entre as unidades hospitalares, informação confirmada nas entrevistas. O mesmo, contudo, não é observado em serviços de outros níveis de atenção ou de interface com o setor saúde. Por isso, podemos afirmar que falta integração das ações desenvolvidas intra e intersetorialmente na atenção às vítimas de acidentes e violências em Manaus, pois apesar de identificada uma organização bem sucedida no nível de atendimento hospitalar, esta não é suficiente para responder a toda a demanda. Aspectos como a falta de uma rede (no sentido efetivo de rede com nós e interconexão) efetiva de serviços e a ausência de intersetorialidade comprometem a atenção neste nível e nos demais.

Em síntese, a esfera hospitalar é vista pelos gestores como a mais adequada à prestação de atenção às vítimas de acidentes e violências na cidade de Manaus. A melhora na qualidade da atenção hospitalar foi atribuída à mudança da administração hospitalar por meio de convênios entre a Secretaria Estadual de Saúde e cooperativas profissionais de médicos e enfermeiros, e a utilização de funcionários cooperativados nos hospitais estaduais.

Os convênios definem o número de profissionais e a carga horária para cada categoria, diária e por turno. Cabe à cooperativa administrar a distribuição dos profissionais de acordo com as unidades hospitalares e pré-hospitalares fixas (SPA). Por vezes, profissionais e gestores falam do atendimento pré-hospitalar fixo como se estivessem se referindo ao nível hospitalar propriamente dito.

Dentre as especificidades do município em relação à atenção à saúde de vítimas de acidentes e violências dois aspectos foram bastante mencionados pelos gestores. As peculiaridades regionais, como a exposição da população de ribeirinhos a acidentes como mordidas de jacarés, ferimentos com armas brancas, afogamentos, e, sobretudo, o difícil acesso aos serviços que só existem com qualidade e adequação na capital do Estado. Contribui para as dificuldades a fragilidade da municipalização em todo o Amazonas – um processo que está distante de se consolidar – o que mantém os serviços concentrados na esfera estadual. A falta de interlocução entre os setores – inclusive com os serviços federais que compõem a rede – denota a desarticulação, a falta concreta de intersetorialidade no atendimento, aspectos extremamente necessários à efetivação da PNRMAV (Brasil, 2001a).

Na cidade de Recife, foram investigados 10 hospitais, todos estaduais, dois deles oferecem mais de um serviço de atenção às vítimas de acidentes e violências. No Hospital da Restauração, foram avaliadas a emergência pediátrica, a emergência clínica e traumatológica e a unidade de queimados. No Hospital Agamenon Magalhães, foram analisados os serviços de emergência clínica e o Centro de Apoio às Mulheres Vítimas de Violência Wilma Lessa, totalizando 10 serviços e programas hospitalares. Dentre os aspectos analisados, sobressaem o déficit de leitos próprios de emergência e de UTI; a superlotação dos hospitais e das emergências, saturadas pelo atendimento a pacientes da região metropolitana com doenças e agravos que deveriam ser tratados na rede básica e nas policlínicas com serviços de pronto atendimento; o número insuficiente de profissionais para o oferecimento de uma atenção adequada e de qualidade; e a escassez de serviço de traumato-ortopedia, pois os existentes ficam centralizados em poucos hospitais.

O registro deficitário das informações sobre os atendimentos, a descontinuidade dos medicamentos, a precariedade da referência e contra-referência, e a ausência de ações de prevenção e de promoção da saúde na esfera hospitalar, também constituem características problemáticas relevantes, mas são comuns às demais capitais analisadas.

No Distrito Federal, 15 hospitais próprios compõem a rede de atenção às vítimas de acidentes e violências, sendo 13 de gestão estadual e dois vinculados ao governo federal. A maior dificuldade referida pelos gestores é a ausência de recursos destinados aos leitos de UTI e de UTI semi-intensivas, pois os existentes não suprem as necessidades da demanda. Na rede hospitalar 80% dos serviços estão articulados através da Central de Regulação ou por meio da Rede pactuada; e 80% dispõem de recursos tecnológicos essenciais ao atendimento. São eles os serviços de anestesiologia, cirurgia obstétrica, banco de sangue, eletrocardiograma, radiologia convencional, ultra-sonografia e análise clínica laboratorial, todos eles considerados adequados, mas insuficientes para a demanda assistida. Os profissionais entrevistados reconhecem que os serviços hospitalares correspondem a um nível de atendimento de qualidade mediana e insatisfatória, devendo ser ainda muito melhorado.

No Rio de Janeiro, dos 16 hospitais que compõem a rede de atenção às vítimas de acidentes e violências, sete pertencem à esfera municipal, cinco ao estado e quatro são federais. Essa rede se caracteriza pela presença de serviços de referência com alta qualificação técnica, mas desorganizada, fragmentada e desarticulada, possuindo serviços e recursos humanos qualificados, mas insuficientes para atender à demanda. Os profissionais assinalam também, como problemas, falhas na informação, falta de insumos e de equipamentos bem como existência de um serviço precário de manutenção de equipamentos.

Em Curitiba, dos cinco hospitais que atendem às vítimas de acidentes e violências, três são conveniados com o SUS, um é federal e um estadual. Todos estão articulados à central de regulação e a estrutura para atendimento é considerada adequada, mas insuficiente nos períodos em que ocorre o aumento inesperado da demanda. Há pontos de tensão e estran-

gulamento do sistema em determinados horários do dia e datas especiais, sobretudo quando o elevado consumo de álcool se associa a outras eventualidades, incrementando os índices de acidentes e violência.

Em Curitiba existe adequação da estrutura hospitalar e de recursos para atenção às vítimas, mas como no caso das outras capitais, foi igualmente referida a insuficiência deles para responder à demanda. Foi particularmente referida pelos gestores e profissionais, a carência de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo e sobrecarga das unidades de emergência em determinados períodos.

A "proporção de hospitais que possuem UTI" e a "proporção de hospitais com UTI adequada"[11] são indicadores de avaliação da qualidade da atenção hospitalar às vítimas de acidentes e violências.

Em Manaus e em Curitiba, 100% dos hospitais possuem UTI, no Recife, 80%, no Rio de Janeiro 87,5% e o Distrito Federal apresenta a menor proporção (60%).

Em relação à adequação das UTI (ou seja, em hospital com capacidade igual ou superior a 100 leitos, elas devem corresponder a 5 a 10% do total, ter atendimento 24 horas, área física própria e acesso facilitado. Também 5% do total de leitos pediátricos devem ser destinados à UTI), nenhuma das cidades apresenta resultado satisfatório. Recife alcança a proporção mais elevada, com 50% dos hospitais adequados aos requisitos exigidos. Em Manaus, no Rio de Janeiro e em Curitiba, 14% , 19% e 20% dos hospitais, respectivamente estão de acordo com as normas estabelecidas. No Distrito Federal, nenhum dos hospitais que atende vítimas de acidentes e violências possui UTI de acordo com os requisitos básicos, o que é negativamente surpreendente, diante da extensão da rede hospitalar da capital do país.

Como referido, os sete hospitais analisados em Manaus possuem Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e quatro têm unidade de tratamento semi-intensivo (UTSI). Nos sete, a UTI oferece atendimento 24 horas e apresenta área física própria, com acesso facilitado. Cinco unidades possuem UTI tipo C (de alta complexidade), e dois UTI tipo B (de complexidade intermediária).

Em Recife, das dez unidades analisadas, oito possuem UTI e nove têm UTSI. Nos nove hospitais, as UTI e UTSI oferecem atendimento 24 horas e sua área física apresenta acesso facilitado. Oito hospitais possuem UTI tipo C (de alta complexidade), nove possuem UTI tipo B (de complexidade intermediária) e quatro têm UTI tipo A (menor complexidade).

No Distrito Federal, dos 15 hospitais analisados, nove possuem UTI e seis possuem unidade de tratamento semi-intensivo (UTSI). Nove deles têm atendimento 24 horas e 10 apresentam área física própria com acesso facilitado para UTI. Seis hospitais possuem UTI

---

[11] É obrigatória a existência de UTI em todo hospital secundário ou terciário com capacidade igual ou superior a 100 leitos. O número de leitos de UTI em cada hospital deve corresponder a entre 6% e 10% do total de leitos existentes no hospital, a depender do porte e complexidade deste. As UTI podem ser classificadas, de acordo com seu grau de complexidade, nas seguintes categorias (Brasil, 2004e): Categoria A – de grau de complexidade menor, que seguem os requisitos mínimos de funcionamento, constantes do Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivo; Categoria B – de complexidade intermediária, que atendem as necessidades de hospitais secundários; Categoria C – de alta complexidade, que atendem as necessidades de hospitais terciários.

de tipo B e seis, de tipo A. Não há UTI de tipo C (de alta complexidade) na rede hospitalar do SUS para atenção às vítimas de acidentes e violências no Distrito Federal, o que confirma o resultado de 0% para o indicador referente à adequação das UTI, mencionado acima.

No Rio de Janeiro, dos 16 hospitais analisados, 14 possuem UTI e 9 possuem UTSI. Nos primeiros 14, as UTI realizam atendimento 24 horas e apresentam área física própria. No entanto, apenas 13 têm acesso físico facilitado para a UTI. São 10 hospitais com UTI do tipo C; oito de tipo B e cinco de tipo A.

Em Curitiba, os cinco hospitais possuem Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e quatro têm unidade de tratamento semi-intensivo, atendendo 24 horas, em área física própria e com acesso facilitado para ambulância. São dois hospitais com UTI do tipo C (alta complexidade), dois com UTI do tipo B (complexidade intermediária) e há um com UTI do tipo A (menor complexidade).

Na tabela 59, apresenta-se o número de leitos nos hospitais da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências nas cidades estudadas, segundo algumas categorias. O total de leitos não corresponde ao somatório das categorias, pois estas não são excludentes. Como referido pelos gestores locais, há um déficit de leitos de emergência e de UTI. No Rio de Janeiro, seis hospitais não possuem leitos de UTI pediátrica, o número desses leitos no município se iguala ao encontrado no Distrito Federal, sendo que a população do Rio de Janeiro, sem contar com a região metropolitana, é quase o triplo da população do Distrito Federal. Em Curitiba, apenas um hospital oferece leitos de UTI de retaguarda.

Tabela 59 – Número de leitos nos hospitais que atendem pessoas em situação de acidentes e violências nas capitais – 2006

Leitos hospitalares	Manaus	Recife	Distrito Federal	Rio de Janeiro	Curitiba
Total	949	1.692	1.222	4.181	1.758
Urgência/ emergência	246	455	261	837	447
Adultos	645	1.591	731	1.877	933
Pediátricos	254	378	343	375	529
UTI de adulto	53	64	64	146	60
UTI pediátrica	25	34	73	73	109
UTI de retaguarda	5	67	21	33	10

Ainda em relação à estrutura, foi levantada a disponibilidade de recursos tecnológicos para a atenção hospitalar às vítimas de acidentes e violências nas capitais estudadas. De modo geral esses recursos existem nos hospitais da rede e em grande parte funcionam de forma adequada, no entanto raramente são suficientes para atender às necessidades da população assistida nesses serviços (tabela 60).

Em Manaus, nenhum dos hospitais investigados possui banco de tecidos nem intensificador de imagens. Chama atenção o fato de haver tomografia em cinco hospitais. Recursos como neurocirurgia, cirurgia cardiovascular, cirurgia pediátrica, freqüentemente necessários no atendimento às vítimas de violências e acidentes existem apenas em quatro hospitais e nem sempre em condições adequadas.

Em Recife, os recursos tecnológicos para análise laboratorial, eletrocardiografia, radiologia convencional, endoscopia, ultra-sonografia, banco de sangue, anestesiologia, ecocardiografia e cirurgia cardiovascular estão presentes nos 10 serviços hospitalares analisados. Mas, apenas três unidades possuem banco de tecidos.

A princípio a rede hospitalar local deveria estar preparada para atender a todas as demandas decorrentes das situações de acidentes e violências. No entanto, em poucos serviços estes recursos foram considerados adequados e quase nenhum foi avaliado como suficiente. Apenas dois serviços de eletrocardiografia e dois de anestesiologia foram classificados como suficientes, os demais, na maioria das vezes não responderam a pergunta.

Também no Distrito Federal os hospitais dispõem dos recursos tecnológicos necessários à atenção hospitalar investigativa e resolutiva, com um grau de adequação razoável, mas insuficiente para o atendimento da demanda. A angiografia é o único procedimento que não é realizado em nenhum dos 15 hospitais analisados. Em 11 hospitais há eletrocardiograma e banco de sangue, são avaliados como adequados em 10 e 7 serviços cada um e suficientes apenas em 4 hospitais. Nove hospitais possuem anestesiologia, em 6 o serviço é considerado adequado e suficiente em apenas em 2. Ecocardiografia, cirurgia pediátrica e cirurgia de traumato-ortopedia são realizadas em apenas seis hospitais e suficientes em 3, 2 e 1 serviço respectivamente. Cirurgia cardiovascular e neurocirúrgica estão disponíveis em apenas cinco hospitais, sendo 1/3 do que poderíamos considerar necessário. É importante assinalar que em menos da metade dos hospitais são oferecidas cirurgias traumato-ortopédicas.

No Rio de Janeiro, dos 16 hospitais analisados, apenas 9 realizam neurocirurgia, sendo que em apenas 3 deles o serviço é considerado suficiente. Destacamos que apenas um dos hospitais realiza cirurgia cardiovascular. Um hospital possui banco de tecidos, considerado adequado e suficiente.

Em Curitiba as instituições hospitalares possuem recursos tecnológicos para todos os procedimentos hospitalares investigados, e na maioria dos serviços estes procedimentos são realizados de forma adequada e suficiente.

As informações gerais sobre os recursos tecnológicos podem ser vistas na tabela 60.

Tabela 60 – Distribuição dos serviços hospitalares segundo a disponibilidade, adequação e suficiência, de recursos tecnológicos para realização de exames e procedimentos nas capitais – 2006

Cidade	Manaus			Recife			Distrito Federal			Rio de Janeiro			Curitiba		
Nº Serv. Analisados	7 hospitais			10 serviços hosp.			15 hospitais			16 hospitais			5 hospitais		
Recurso Tecnol. p/	Possui	Adeq.	Suf.	Possui	Adeq.	Suf.	Possui	Adeq.	Suf.	Possui	Adeq.	Suf.	Possui	Adeq.	Suf.
An. Clín. Lab.	7	6	4	10	2	-	14	11	5	16	13	8	5	4	4
Eletroc.	6	6	4	10	5	2	11	10	4	16	14	10	5	5	5
Radiologia	7	7	6	10	5	-	12	9	4	16	14	11	5	5	5
Endoscopia	5	5	3	10	6	-	7	7	2	13	10	6	5	5	4
Ultra-som	6	5	3	10	5	-	12	8	2	16	12	8	5	5	5
Banco de sangue	7	5	4	10	5	-	11	7	4	13	12	4	5	5	5
Banco de tecidos	-	-	-	3	-	-	1	1	1	1	1	1	2	2	2
Broncospia	4	3	1	9	3	-	5	4	1	6	6	5	5	4	4
Tomografia	5	2	2	9	3	-	3	2	2	12	8	5	5	4	4
Anestesiologia	7	5	5	10	3	2	9	6	2	15	13	14	5	4	4
T. Renal Subst.	3	2	2	1	-	-	2	2	2	9	8	8	4	2	2
Neurocirurgia	4	3	2	5	-	-	4	3	2	9	7	3	5	5	5
Ecocardiografia	4	2	1	10	2	-	6	4	3	10	7	4	5	5	5
Hemodiálise	1	1	1	9	2	-	3	3	1	3	3	3	3	2	2
Angiografia	2	1	1	10	2	-	-	-	-	3	3	2	3	2	2
Cirurg. Cardiov.	4	3	2	10	2	-	5	3	1	1	1	1	3	3	3
Cirurg. Obst.	1	1	1	6	2	-	10	8	4	8	6	7	3	3	3
Cirurg. Traum. Ortop.	6	5	5	9	1	-	6	2	1	13	11	6	5	5	5
Cirurg. Pediatr.	4	4	4	4	1	-	6	4	2	6	5	3	4	4	4
Intens. de imag.	-	-	-	9	3	-	2	2	1	5	5	5	4	4	4

Para avaliar a estrutura e apreender de forma conjunta a adequação e a suficiência dos recursos tecnológicos hospitalares elaboramos um indicador com a "proporção de hospitais que oferecem pelo menos dois de seis recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis de forma adequada e suficiente"[12]. Curitiba apresenta o melhor resultado, pois 100% dos hospitais possuem recursos tecnológicos (mínimos e indispensáveis) adequados e suficientes, em seguida está Manaus com 85,7% e Rio de Janeiro com 66,7%. No Distrito Federal apenas 33,3% dos hospitais apresentam pelo menos dois dos seis itens tecnológicos indispensáveis e adequados e suficientes. Recife apresenta o pior resultado em relação aos recursos tecnológicos, uma vez que nenhum dos hospitais atende aos requisitos propostos no indicador.

Para avaliação da estrutura dos hospitais que atendem pessoas em situação de acidentes e violências, utilizamos como indicador a "proporção de hospitais de referência para o atendimento às vítimas de acidentes e violências com número mínimo de profissionais indispensáveis para seu funcionamento"[13]. Foi considerado, como exigência, possuir pelo menos 15 dos 23 profissionais considerados imprescindíveis para esse nível de atenção. Em Curitiba 100% dos hospitais atendem ao critério estabelecido. Em Manaus, 85,7%; em Recife e no Rio de Janeiro 50%; e em Brasília, apenas 36,4% dos hospitais analisados.

Construímos três indicadores de avaliação da organização da atenção às vítimas de acidentes e violências: 1) a proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para a realização de transferência e transporte de pacientes; 2) a proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para a realização de suporte ininterrupto para laboratório de radiologia e patologia clínica; 3) a proporção de hospitais que dispõem de protocolos/rotinas para atenção às vítimas de acidentes e violências acessíveis aos profissionais.

Além dos já citados, avaliamos os seguintes aspectos referentes à organização hospitalar para atenção às vítimas de acidentes e violências: 1) articulação com a rede hospitalar através da Central de Regulação ou com a Rede pactuada; 2) oferecimento de reabilitação, de suporte e acompanhamento às vítimas de violência, seus familiares, aos agentes da agressão, e aos profissionais que atendem às vítimas de violência.

Em todas as cinco capitais, a maioria dos serviços possui mecanismos próprios de articulação com outros serviços para realização de transporte e transferência de pacientes, para suporte ininterrupto de laboratório de radiologia e de patologia clínica, além de estar articulada à Central de regulação ou à rede pactuada pelo município. Quando não possuem mecanismos próprios para o cumprimento dessas ações, esses serviços se associam a outros. Em Manaus, apenas um hospital não possui mecanismo próprio para transferência e

[12] Os hospitais devem ter pelo menos 2 dos 6 itens para serem considerados adequados: Análise clínica/laboratorial, eletrocardiografia, radiologia convencional, endoscopia, ultra-sonografia, banco de sangue. Contudo, a unidade pode oferecer, por exemplo, eletrocardiografia de uma forma adequada, mas não necessariamente ela é, na avaliação dos gestores, suficiente dada a grande demanda de pacientes.

[13] Profissionais indispensáveis nos hospitais de referência: cirurgião geral, cirurgião cardiovascular, cirurgião pediátrico, pediatra, clínico geral, anestesiologista, cardiologista, angiologista, enfermeira, intensivista, responsável técnico, técnico/auxiliar de enfermagem, cirurgião vascular, cirurgião buco-maxilo-facial, neurocirurgião, neuropediatra, hematologista, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico.

transporte de pacientes. Em Recife, apenas um serviço não está articulado à central de regulação ou à rede pactuada no município.

No Distrito Federal, quatro hospitais não dispõem de mecanismos próprios para suporte ininterrupto de radiologia e seis para laboratório de patologia clínica. Além disso, há dois hospitais que não estão articulados à central de regulação. No Rio de Janeiro três hospitais não apresentam mecanismos próprios para transporte de pacientes, um não possui mecanismos próprios para suporte ininterrupto de radiologia e quatro não dispõem desses mecanismos para laboratório de patologia clínica. Além disso, quatro não estão articulados à rede pactuada do município. Em Curitiba, apenas um hospital não possui mecanismo próprio para suporte ininterrupto de radiologia e para isso se associa a outros.

Em resumo, os "indicadores de organização dos serviços" permitem comparar a situação das cinco capitais. Em Manaus, Recife, Distrito Federal e Curitiba, 100% dos hospitais possuem mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para realização de transferência e transporte de pacientes. O Rio de Janeiro se diferencia com a proporção de 91,7%, pois um dos hospitais não possui mecanismo próprio nem está articulado com outros. Esses resultados se repetem para o indicador que avalia a proporção de unidades que possuem mecanismos próprios ou articulados para suporte ininterrupto de laboratório de radiologia e patologia clínica (100% em Manaus, Recife, Distrito Federal e Curitiba e 91,7% no Rio de Janeiro).

A informação a respeito da articulação com a central de regulação merece maior aprofundamento, pois em todas as cidades os gestores e profissionais entrevistados relataram dificuldade na interação entre os diferentes serviços e entre setores do mesmo hospital. No Rio de Janeiro não há uma central de regulação de leitos implantada. Durante algum tempo, funcionou uma estratégia informal entre as emergências hospitalares e o serviço pré-hospitalar móvel, baseada na comunicação por meio de rádio e coordenada por uma médica da Secretaria Municipal de Saúde.

Por outro lado, em todas as cinco capitais, a maioria dos hospitais dispõe de rotinas e protocolos para atenção às vítimas de acidentes e violências acessíveis aos profissionais, mas poucos deles costumam consultá-los.

A "proporção de unidades que possuem rotinas e protocolos de atendimento as vítimas de acidentes e violência acessíveis aos profissionais" é um indicador da qualidade da atenção hospitalar. Pois as normas para atendimento às vítimas de acidentes e violências orientam, racionalizam e reduzem custos dos serviços. O Rio de Janeiro apresentou o pior resultado para esse indicador, pois só 68,8% (N = 11) dos hospitais investigados na cidade disponibilizam essas rotinas e protocolos para os profissionais. Em Manaus, 83,3% (N = 5) possuem esses dispositivos; em Brasília, 86,7% (N = 13); e Recife obteve o melhor resultado, junto com Curitiba, pois 100% (N = 10) dos serviços hospitalares investigados nessas duas capitais disponibilizam rotinas e protocolos de atenção às vítimas de acidentes e violências para os profissionais.

Em relação à oferta de reabilitação, suporte e acompanhamento às vítimas de acidentes e violências, a seus familiares, aos agentes agressores e aos profissionais de saúde poucos

são os hospitais que promovem algum tipo de atividade. As escassas referências que encontramos, quando realizadas, são insuficientes. As mais freqüentes são o suporte e o acompanhamento das vítimas.

Tabela 61 – Distribuição dos serviços hospitalares segundo a oferta de reabilitação, de suporte e acompanhamento às vítimas de acidentes e violências, aos seus familiares, aos agentes da violência e aos profissionais nas capitais – 2006

Ações realizadas	Manaus (N = 7)	Recife (N = 10)	Distrito Federal (N = 15)	Rio de Janeiro (N = 16)	Curitiba (N = 5)
Reabilitação	6	4	7	7	2
Suporte e acompanhamento às vítimas	6	10	11	12	4
Suporte e acomp. às famílias das vítimas	3	4	6	9	3
Suporte e acompanhamento aos praticantes de acidentes e violência	-	5	3	2	-
Suporte e acompanhamento às equipes que realizam o atendimento	4	5	4	2	3

Por fim, trabalhamos com um indicador fundamental para avaliação de resultados da atenção hospitalar às vítimas de acidentes e violências: a "taxa de mortalidade por causas externas nas emergências". Infelizmente poucos serviços dispõem dessa informação de forma confiável. Os dados coletados são tão oscilantes (variam de 0,10% a 51% entre as localidades consideradas) que não podem ser considerados fidedignos. Reafirmamos, entretanto, que, dada a importância desse indicador, é fundamental que haja investimento na melhor qualificação dessa informação.

Em síntese, por mais que saibamos estar em curso uma transformação profunda acerca dos modos de realizar as ações de saúde nas sociedades ocidentais modernas ou pós-modernas, a esfera da atenção hospitalar ainda carrega a marca do que entendemos como essência da assistência à saúde. O hospital continua sendo para a população em geral e até mesmo para grande parte dos profissionais do setor, o local por excelência de realização das ações de saúde, mediadas pela figura do médico, que permanece como figura central. Assim, é em direção ao hospital e para a esfera da atenção hospitalar que confluem os problemas e agravos não resolvidos e não diagnosticados nos outros níveis de atenção.

O hospital, ao se tornar este ponto de confluência, se constitui também no espaço de visibilidade da saturação, do emperramento do sistema e da eclosão de situações dramáticas do setor saúde. Muitos problemas poderiam ser evitados caso houvesse uma rede integrada e articulada com profissionais de saúde prestando um atendimento que fosse ao mesmo tempo humanizado e resolutivo na sua esfera específica.

9 | Análise da Implementação do Atendimento em Reabilitação

Nélson de Souza Motta Marriel
Suely Ferreira Deslandes
Maria Cecília de Souza Minayo

A demanda por atenção às lesões e traumas provocados por violências e acidentes exige, freqüentemente, um processo posterior à etapa hospitalar, visando à reabilitação física, e, muitas vezes, psicológica das vítimas. Geralmente, os referidos agravos são responsáveis por causar seqüelas físicas e mentais que aumentam o número de portadores de deficiências. A especificidade dos serviços de reabilitação é lidar com incapacidades provocadas por várias formas de vitimização e ajudar as pessoas a re-adequarem suas vidas continuando produtivas e re-encontrando novos caminhos de inserção social, profissional ou de qualquer outra natureza. No entanto, esse tipo de serviço é absolutamente insuficiente e escasso na rede do SUS. O texto da PNRMAV (Brasil, 2001a) reconhece esse déficit, e por isso apresenta, como uma de suas diretrizes, promover e incrementar a estruturação e a consolidação do atendimento nesse nível.

Nesta pesquisa, constatamos que os serviços de reabilitação, comparados aos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, são, sem dúvida, os que mais evidenciam déficit de oferta na rede de serviços em todas as cinco capitais estudadas, sendo, portanto, a área de maior fragilidade no processo de implantação da Política Nacional.

O documento da PNRMAV (Brasil, 2001a) coloca como condição prévia para a consolidação da atenção em reabilitação a elaboração de normas técnicas e o aparelhamento das unidades de saúde para este fim. Igualmente, propõe algumas diretrizes para a atuação do sistema: as ações de saúde devem integrar o paciente e sua família no atendimento; a oferta de serviços deve ser multiprofissional, buscando evitar seqüelas e incapacidades, além de proporcionar condições para re-inserção na família, no trabalho, na sociedade e nos grupos culturais; os serviços devem oferecer recursos para reabilitação tais como órteses, próteses e meios de locomoção, entre outros; é preciso promover mecanismos de informação, orientação e apoio que favoreçam ao paciente e a sua família; é necessário investir na sensibilização de gestores e profissionais de saúde a respeito de seu papel na orientação e na re-integração social dos portadores de seqüelas e de seus familiares (Brasil, 2001a).

Entretanto, a real magnitude do problema e da demanda por reabilitação não é conhecida. As informações sobre a saúde e condições de vida dos portadores de deficiência são escassas no país, pois não há destaque suficiente para este problema na agenda política do setor saúde. Tal conhecimento, no entanto, representaria um espaço estratégico para a consolidação dos direitos das pessoas portadoras de deficiências (permanentes e temporárias) e constituiria um dos alicerces do projeto de conquistas sociais e de construção da cidadania para este segmento da população (Facchini et al., 2005).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad) realizada em 1981 estimou que 2% da população brasileira era portadora de deficiência, sendo metade com deficiência motora. Com consideráveis limitações metodológicas (baseado na resposta espontânea de pessoas com graus de maior deficiência), o Censo de 1991 indicou um percentual de 1,1% de pessoas nesta condição na população nacional (55,6% sexo masculino e 44,4% feminino). Dentre as pessoas com deficiências motoras, predominavam as do sexo masculino na faixa etária de 20 anos e mais. O fato de essa população estar localizada em áreas urbanas indica a provável correlação dos traumas e seqüelas com as causas externas (Brasil, 2003d).

De fato, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência constata que as causas externas desempenham papel extremamente relevante na produção de deficiências motoras. Estudo da Rede Sarah (apud Brasil, 2003d) informa que, de um total de 293 pacientes com traumatismo de coluna vertebral atendidos, 42% foram vítimas de acidentes de trânsito e 24% de armas de fogo, 12% de mergulho em águas rasas, 11,6% de quedas e o 9,5% de demais acidentes. Afirma ainda, com base em vários outros estudos, que a violência urbana, os acidentes de trânsito e os acidentes de trabalho são importantes causas de deficiências, especialmente em centros urbanos de médio e grande porte (Portal da saúde – www-saude_gov_br – Atenção à saúde.htm).

Grande parte das vítimas de acidentes e violências é formada por jovens, o que representa para a própria pessoa, sua família e para o país, o ônus pela perda de valiosos anos de vida produtiva e o custo de um tratamento médico-hospitalar e de reabilitação que, em muitos casos, pode prolongar-se por longo tempo (Souza et al., 2005; Minayo, 2005). Ao lado disso, ressaltamos o que já dissemos anteriormente, existem poucos centros de reabilitação ligados à rede pública de saúde municipal, estadual e federal em condições de dar respostas às demandas suscitadas pelo atual contexto de causas externas, vivenciado nas cidades brasileiras.

Os serviços de reabilitação hoje existentes estão especialmente voltados para o atendimento da pessoa portadora de deficiência, ou seja, para aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidade de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho das atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano(Brasil, 2003d).

Outra definição de deficiência é dada pela Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação – CIDDM-2 (OMS, 1982) –, que reconhece como deficiência "uma perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais" e incapacidade para o desempenho de ativida-

des simples ou complexas. Há, entre os militantes dessa área, uma proposição de substituição do termo "incapacidade" por "dificuldade no desempenho individual", pelo fato de a segunda expressão significar uma situação mais dinâmica e menos estática, ser mais funcional para um planejamento de ações diferenciadas e evitar conotações discriminatórias que a palavra "incapacidade" certamente contém.

O conceito de reabilitação do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, da ONU, é:

> Um processo de duração limitada e com objetivo definido, com vista a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vista a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo, ajudas técnicas) e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais. (Brasil, 2003d: 38)

Reconhecendo que existem múltiplos tipos de deficiência e vários graus de comprometimento do desempenho individual, podemos dizer que, em geral, ela traz implicações funcionais do ponto de vista físico, psíquico e social. No entanto, a capacidade para re-inserção, para levar uma vida independente e para retomar papéis sociais relevantes depende não apenas da situação e disposição individual (que é crucial), mas também e de forma decisiva, do acesso a serviços especializados e a tecnológicas oportunas. Vítimas de violências e acidentes portadoras de deficiências constituem hoje um desafio para os serviços públicos, com destaque para os de saúde, quando demandam um atendimento adequado e integrado do ponto de vista físico e mental.

A ONU delega à esfera da reabilitação a prestação dos seguintes tipos de serviços: a) detecção precoce, diagnóstico e intervenção; b) atendimento e tratamento médicos; c) assessoramento e assistência social, psicológica e outros; d) treinamento em atividades de independência, inclusive em aspectos de mobilidade, de comunicação e atividades da vida diária, com os dispositivos necessários, por exemplo, para as pessoas com deficiência auditiva, visual ou mental; e) fornecimento de suportes técnicos e para mobilidade e outros dispositivos; f) serviços educacionais especializados; g) serviços de reabilitação profissional (inclusive orientação profissional, colocação em emprego aberto ou abrigado); h) acompanhamento (ONU apud Brasil, 2003d).

Como constataremos ao longo desta avaliação, as instituições de reabilitação existentes nas localidades estudadas, a exemplo do que ocorre no país, têm escopo de ação ainda muito reduzido. A rede de atenção é pequena para a dimensão do problema e os poucos serviços existentes privilegiam o atendimento de pessoas com deficiências físicas. Esse foco se deve à visibilidade das alterações físicas no desempenho funcional do indivíduo que, em geral, vê sua independência para a realização de atividades relacionadas ao cuidado pessoal, à mobilidade, às atividades ocupacionais e profissionais comprometidas (Amiralian et al., 2000).

É importante destacar que todos os documentos governamentais, internacionais e militantes sobre o assunto ressaltam que o processo de reabilitação deve envolver o esforço das múltiplas instituições públicas e privadas, bem como da sociedade civil organizada, no

sentido de promover o retorno do paciente para o convívio social, reintegrando-o à sociedade e aos processos de produção de bens e serviços.

É no contexto dos direitos da população com algum tipo de deficiência que se situa o problema de reabilitação das vítimas de acidentes e violências. No entanto, é praticamente inexistente uma rotina de atendimento específico de reabilitação voltado para essa população. E, igualmente, é quase nulo o investimento na meta de atuação integrada, para que a pessoa portadora de deficiência "alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo" (ONU apud Brasil, 2003d: 37).

Como já dissemos, historicamente esse nível da atenção da rede de saúde historicamente recebe menos apoio político, tecnológico, de formação de especialistas e financeiro, expandindo-se timidamente em relação aos níveis pré-hospitalar e hospitalar. E também, apenas recentemente se inicia uma sensibilização dos diversos estados e municípios da federação, colocando como ponto de destaque da agenda pública e da área de saúde, os direitos dos portadores de deficiências.

REGULAMENTAÇÃO DA ATENÇÃO EM REABILITAÇÃO NO PAÍS

A Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência é balizada pela Lei n. 7.853 (em vigor desde 1989), mas o Decreto n. 3.298, que regulamenta a Lei, só teve vigência dez anos depois (Brasil, 2003d). No entanto, tanto a Lei quanto o Decreto precedem a PNRMAV, promulgada em 2001 (Brasil, 2001a).

Esta Lei n. 7.853 dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social e sobre a criação da Coordenadoria Nacional para lntegração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde). Ela disciplina a atuação do Ministério Público e define para a área da saúde atribuições de: promoção de ações preventivas; desenvolvimento de programas especiais de prevenção de acidentes do trabalho e de trânsito e de tratamento adequado às vítimas; criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; garantia de acesso das pessoas portadoras de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados e de seu adequado tratamento por meio de técnicas e padrões de conduta apropriados e normalizados; garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiência, organizados com a participação da sociedade e voltados para sua integração social.

O Decreto n. 3.298/99 também dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Ele detalha e amplia os temas abordados na Lei n. 7.853/89 (Brasil, 2003d). Tem uma seção voltada para a área da saúde, determinando que órgãos e entidades da Administração Pública Federal direta e indireta responsáveis pela saúde devem dispensar tratamento prioritário e adequado aos portadores de deficiência mantendo o que havia sido disposto na lei. Nessa seção, destaca-se a necessidade de articulação do setor saúde com os serviços sociais, educacionais e com a área do trabalho. O documento especifica também o papel estratégico da atuação dos agentes comunitários e das equipes de saúde da família na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseadas na comunidade. O Decreto inclui na assistência integral à saúde e à reabilitação da

pessoa portadora de deficiência, a concessão de órteses, próteses, bolsas coletoras e materiais auxiliares, dado que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão da pessoa portadora de deficiência. Também considera parte integrante do processo de reabilitação, o provimento de medicamentos que favoreçam a estabilidade clínica e funcional e auxiliem na limitação da incapacidade, na reeducação funcional e no controle das lesões que geram incapacidades.

O tratamento e a orientação psicológica e assistência em saúde mental são apontados no referido Decreto, destinados a contribuir para que a pessoa portadora de deficiência atinja o mais pleno desenvolvimento de sua personalidade. Também é fomentada a realização de estudos epidemiológicos e clínicos, com periodicidade e abrangência adequadas, de modo a produzir informações sobre a ocorrência de deficiências e incapacidades.

Nos últimos anos, o Governo Federal, através da Corde, vem atuando em prol dos direitos dos portadores de deficiência. A Corde é um órgão de Assessoria da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Sua atuação se dá de forma efetiva através do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (Conade), órgão com competência para acompanhar e avaliar o desenvolvimento da Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e das políticas setoriais de educação, saúde, trabalho, assistência social, transporte, cultura, turismo, desporto, lazer, política urbana, dirigidas a este grupo social.

Para melhor desempenho de suas atribuições, esse órgão criou o Sicorde, que é o Sistema de Informações sobre Deficiência, com o apoio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Pnud/ONU e da Agência Brasileira de Cooperação, ABC, do Ministério das Relações Exteriores. O Sicorde tem 23 núcleos implantados em território nacional, além de responder à proposta de ação governamental do Programa Nacional de Direitos Humanos (http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/principal.asp).

Em síntese, na área da saúde, o desenvolvimento das ações de reabilitação vem se dando especialmente por meio de planos de ação baseados em duas políticas setoriais e uma portaria:

- Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – PNRMAV (Brasil, 2001a);
- Portaria do Ministério da Saúde n. 818, 2001, que cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física (Brasil, 2003d);
- Política Nacional de Atenção às Urgências (Brasil, 2004e).

Na trajetória de implantação da PNRMAV vamos encontrar muitos avanços e recuos que indicam resistências, rejeição, frágil vontade técnica e política, aliada à morosidade burocrática propiciada pela estrutura da máquina governamental. Mas o processo ora em curso também tem se mostrado criativo e frutífero.

Em junho de 2001, a Portaria do Ministério da Saúde n. 818 (Brasil, 2003d) criou mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, definindo três níveis de assistência à reabilitação física (primário, intermediário e de referência).

Dados de dezembro de 2006 indicam existirem no país 136 instituições que compõem a rede estadual de assistência à pessoa com deficiência. Um total de 86 é de nível intermediário e a maior parte localizada nas regiões Sudeste (47,7%) e Sul (20,9%). Na Região Nordeste, estão 17,4% dos serviços, no Norte 9,3% e no Centro-Oeste 4,7%. Existem 50 serviços de referência. Sua concentração no Sudeste é ainda maior (66%), ao passo que no Nordeste estão 16%, no Sul 10%, no Centro-Oeste 6% e no Norte 2% (Portal da Saúde – www.saude.gov.br – atencao a saude.htm).

Em todos os níveis estão previstas normas técnicas e atribuições para prescrição, avaliação, adequação de treinamento, acompanhamento, dispensação de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção, preparação para alta, convívio social e familiar além de orientação e suporte às equipes de Saúde da Família. Está previsto que cada nível deve contar com apoio de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia tais como os de patologia clínica, de radiologia e de ultra-sonografia, compatíveis com sua complexidade (Brasil, 2003d)[14].

Buscando sanar lacunas e acelerar o papel do setor nesse tipo de inclusão social e de serviço devido aos cidadãos, o Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Tal documento retoma os princípios garantidos na Constituição Brasileira quando afirma a competência comum à União, estados e municípios de cuidar da saúde e da assistência pública, dar proteção e garantia às pessoas portadoras de deficiências.

Essa importante iniciativa do Ministério da Saúde parte de um diagnóstico da situação atual da assistência no nível de reabilitação. Esse documento aponta esse nível de assistência como precário, de baixa cobertura e centralizado na região Sudeste. Mostra ainda haver falta de investimento na criação de leitos e centros hospitalares e pouca sensibilização dos gestores em relação à questão. Por fim, constata a insuficiente remuneração do leito de reabilitação. O texto evidencia que há uma incipiente articulação do Sistema com os hospitais universitários para a oferta de atenção especializada, mas, ao mesmo tempo, aponta descontinuidade da disponibilidade de órteses, próteses e de bolsas coletoras em todos os serviços (Brasil, 2003d).

[14] Os Serviços de Reabilitação Física no primeiro nível devem estar subordinados tecnicamente a um serviço de nível intermediário, desenvolvendo atendimento individual e em grupo, prevenção de seqüelas e incapacidades secundárias, estimulação neuropsicomotora, orientação familiar, além das tarefas comuns a todos os níveis. A equipe deve ser composta minimamente por médico, fisioterapeuta ou formação na área de reabilitação física, assistente social e profissional de nível médio. Para cada 80 pacientes é necessário um médico, um fisioterapeuta ou técnico (Portaria MS/GB n. 818, Brasil, 2003d). O nível intermediário deve ter funcionamento diário de pelo menos um turno de quatro horas, desenvolvendo as atividades de avaliação médica, clínica e funcional; atendimento individual e em grupo; preparação para alta e orientação técnica às equipes dos Serviços do primeiro nível. A equipe mínima deve contar com médico, fisioterapeuta, assistente social e/ou psicólogo, fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional, enfermeiro, além de profissionais de nível médio. Os Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação visam à assistência intensiva daqueles referenciados por outros serviços. Devem funcionar em dois turnos de oito horas e num turno de quatro horas. Devem ser capazes de oferecer avaliação clínica especializada, avaliação e atendimento individual e grupal em fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, enfermagem e nutrição, atendimento medicamentosos, além das funções comuns a todos os níveis de complexidade. Sua equipe mínima é composta por médico fisiatra, enfermeiro, fisoterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, nutricionista e profissionais de nível médio. Deve possuir serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, além do laboratório de patologia clínica, serviço de medicina de imagem, de medicina nuclear, avaliação funcional e de diagnóstico de eletroneuromiografia e potenciais evocados e urodinâmica (Portaria MS/GB n. 818, Brasil, 2003d).

A partir do citado diagnóstico, a Portaria 818 destaca as seguintes diretrizes: 1) a promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiências (com fortalecimento de iniciativas que conduzam à autonomia e à garantia de igualdade de oportunidades para as pessoas portadoras de deficiências); 2) a assistência integral a sua saúde (promovendo a ampliação da cobertura assistencial em reabilitação, incorporando tal assistência em unidades de diferentes níveis de complexidade); 3) a prevenção de deficiências; 4) a ampliação e o fortalecimento dos mecanismos de informação; 5) a organização e o funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência.

Nesse item é ressaltado que no nível da atenção básica devem ser desenvolvidas ações de prevenção primária e secundária, além de ações básicas de reabilitação. O documento determina que a atenção secundária se volte para o atendimento das necessidades específicas advindas das incapacidades propriamente ditas, mediante atuação profissional especializada. E ressalta que o nível terciário deve promover o atendimento para as pessoas cujos tipo e gravidade das incapacidades requerem intervenção mais freqüente e intensa; 6) a capacitação de recursos humanos, dentro de uma filosofia de formação contínua e de integralidade da atenção, para a qual estimula o desenvolvimento em nível de pós-graduação.

A Política Nacional de Atenção às Urgências, orientada pelo princípio de eqüidade e pela diretriz de descentralização, indica a necessidade de inclusão do atendimento de reabilitação na própria comunidade, conjugando os esforços já existentes em cada região. As portas de entrada deste atendimento são as Unidades Básicas de Saúde ou os Hospitais de Emergência ou o Pronto Atendimento, onde devem ser avaliadas as necessidades de cada paciente e dado o prosseguimento a seu acompanhamento (Brasil, 2004e).

SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO NAS CINCO CAPITAIS ANALISADAS

Os serviços públicos analisados nesta pesquisa constituem um pequeno e desigual acervo: em Manaus estudamos três serviços; em Recife, cinco; no Distrito Federal, oito; no Rio de Janeiro apenas um e em Curitiba, dois. Foram vistas, ao todo, 20 unidades, duas com vínculo federal, nove estaduais, seis municipais e três não-governamentais conveniadas ao SUS. As ONGs foram excluídas desta fase do estudo.

No nível primário da atenção, apenas Recife relata a existência de cinco centros e policlínicas. No nível intermediário temos dois serviços em Manaus. Os demais são considerados serviços de referência.

AÇÕES DIRECIONADAS A VÍTIMAS DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS E A SUAS FAMÍLIAS

Na tabela 62, visualizamos as ações ofertadas pelas instituições de reabilitação nas cinco capitais estudadas.

Avaliação médica e fisioterápica clínica não é realizada em todas as instituições. Avaliações mais específicas nas áreas de terapia ocupacional, enfermagem, psicologia, serviço social e nutrição são ainda mais escassas nas unidades. Recife destaca-se pela precariedade

dos atendimentos e, logo a seguir, está o caso do Distrito Federal (lembramos que a Rede Sarah não se dispôs a participar da pesquisa). Na única unidade avaliada no Rio de Janeiro há informação de atendimento realizado por todas as categorias profissionais citadas anteriormente.

Tabela 62 – Distribuição dos serviços segundo atenção oferecida pelos serviços de reabilitação em cinco localidades brasileiras – 2006

Ações	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Atendimento em grupo	3	100,0	5	83,3	4	50,0	1	100,0	1	50,0
Prevenção de seqüelas e incapacidades secundárias	3	100,0	6	100,0	6	75,0	1	100,0	2	100,0
Estimulação neuropsicomotora	2	66,7	5	83,3	5	62,5	1	100,0	1	50,0
Orientação familiar	3	100,0	3	50,0	7	100,0*	1	100,0	2	100,0
Avaliação médica, clínica e funcional	3	100,0	5	83,3	8	100,0	1	100,0	2	100,0
Avaliação clínica especializada	3	100,0	5	83,3	6	75,0	1	100,0	1	50,00
Avaliação e atendimento em fisioterapia	2	66,7	6	100,0	5	62,5	1	100,0	2	100,0
Avaliação e atendimento em terapia ocupacional	-	-	4	66,7	5	62,5	1	100,0	2	100,0
Avaliação e atendimento em fonoaudiologia	1	33,3	4	66,7	5	12,5	1	100,0	2	100,0
Avaliação e atendimento em psicologia	3	100,0	4	66,7	8	100,0	1	100,0	2	100,0
Avaliação e atendimento em serviço social	3	100,0	4	66,7	8	100,0	1	100,0	2	100,0
Avaliação e atendimento em enfermagem	3	100,0	3	50,0	7	87,5	1	100,0	1	50,00
Avaliação e atendimento em nutrição	3	100,0	3	50,0	5	62,5	1	100,0	1	50,00
Atendimento medicamentoso com dispensação de remédios	2	66,7	1	16,7	5	62,5	1	100,0	-	-
Avaliação funcional e de diagnóstico de eletroneuromiografia e potenciais evocados	-	-	2	33,3	1	12,5	1	100,0	1	50,00
Avaliação urodinâmica	1	33,3	-	-	2	25,0	-	-	1	50,00
Atendimento clínico nas diversas especialidades médicas	3	100,0	3	50,0	3	42,9*	-	-	1	50,00
Atendimento cirúrgico	1	33,3	-	-	4	50,0	-	-	1	50,00

* Distrito Federal – N=7

A precária dispensação de medicamentos, salvo na unidade do Rio de Janeiro, denota o pouco investimento nesse nível de atenção, e é lastimável, uma vez que geralmente os serviços públicos de reabilitação atendem à clientela de baixo poder aquisitivo.

De forma geral, as menores freqüências de serviços de atendimento aos pacientes ocorrem nas áreas de fonoaudiologia, avaliação urodinâmica, eletroneuromiografia e de potenciais evocados. Mas também é precário o atendimento clínico em diversas especialidades médicas e cirúrgicas. Observamos uma interlocução muito difícil entre especialidades essenciais ao tratamento de reabilitação e baixa articulação entre os setores. Essa situação fica explícita na fala do gestor responsável pela área de reabilitação da cidade do Rio de Janeiro:

> *A estrutura em reabilitação no município é muito pequena, insuficiente. O que existe é um atendimento da emergência na tentativa de evitar seqüelas. As unidades existentes são pouco acessíveis, existem mil problemas. Eu acho que o problema começa na emergência, o paciente sai da emergência e não tem acesso à reabilitação, pois, não tem um fluxo organizado de notificação das causas de acidentes. Atualmente o grande desafio de trabalho da secretaria é desenvolver a notificação da morbidade e não trabalhar com a mortalidade. Então nós podemos dizer que a atenção, hoje, é disponível em todo o município na fase aguda. Daí em diante é que surgem os problemas.*

Falhas no sistema de reabilitação estão presentes em outras localidades. Em Manaus, poucas instituições recebem pacientes, denotando a fragilidade do referenciamento da rede para continuidade de atendimentos necessários. O serviço de maior relevância na cidade é o desenvolvido pela Universidade Federal do Amazonas.

Nas unidades de Recife, a fala corrente é de que reabilitação e reinserção social são timidamente propostas e executadas na rede de saúde municipal.

> *A estrutura de atendimento dos serviços de reabilitação para atendimento às vítimas de acidentes e violências tem sido percebida como insuficiente para a demanda que o município vem apresentando, pois está em fase de organização no que diz respeito à atenção em reabilitação. Embora, é bom destacar que o modelo é descentralizado. Há um serviço para cada distrito sanitário, exceto em um dos distritos sanitários. É bom também destacar que o número de equipamentos disponíveis é insuficiente e não há diversidade de equipamentos, dificultando corresponder as necessidades.* (Gestor de reabilitação – Recife)

Na cidade do Rio de Janeiro são poucas as unidades com fisioterapia na rede municipal, e há apenas um estabelecimento especializado em reabilitação. No município existem algumas unidades que têm fisioterapia, mas só o Instituto Oscar Clark oferece atendimento com equipe multidisciplinar. Existem duas unidades credenciadas no Rio de Janeiro para dispensação de órtese e prótese: a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) e Oscar Clark. A ABBR é uma referência estadual e o Oscar Clark, uma referência municipal. A ABBR tem uma oficina de confecção de órtese e prótese. São produtos de excelente qualidade e a instituição possui bom quadro profissional de terapeutas ocupacionais. No entanto, a ABBR não entrou nesta análise por estar em greve e porque não mantinha convênio com o SUS no momento de estudo. Há também, na cidade do Rio de Janeiro, o

Hospital Sarah. Todavia, ele não dispensa órtese e prótese e não faz parte da rede pública de atendimento, apenas desenvolve ações em reabilitação infantil.

Para avaliar a oferta de serviços de reabilitação nas cinco localidades, criamos alguns indicadores. Um deles mensura a "proporção de unidades primárias" que realiza atendimento em grupo, prevenção de seqüelas e incapacidades secundárias, estimulação neuropsicomotora e orientação familiar. A única unidade primária do Distrito Federal e 80% das existentes em Recife executam quase todas as ações de prevenção avaliadas (no mínimo três das quatro ações preconizadas). As demais localidades não têm unidades primárias.

Outro indicador afere a "proporção de unidades intermediárias" que realiza atendimento em grupo, avaliação médica, clínica e funcional. Apenas Manaus possui duas unidades de nível intermediário e ambas informam realizar essas ações próprias do seu nível de complexidade.

Desenvolvemos ainda um indicador que avalia a "proporção de serviços de referência" que realizam pelo menos 10 das 13 atividades principais propostas para seu maior nível de complexidade: avaliação clínica especializada; avaliação e atendimento em fisioterapia; avaliação e atendimento em terapia ocupacional; avaliação e atendimento em fonoaudiologia, psicologia, serviço social, enfermagem, nutrição; atendimento medicamentoso com dispensação de remédios; avaliação funcional e de diagnóstico de eletroneuromiografia e potenciais evocados; avaliação urodinâmica; atendimento clínico nas diversas especialidades médicas; e atendimento cirúrgico. Os serviços de Manaus, Recife e Rio atendem ao critério de excelência proposto. Em Curitiba e Distrito Federal, apenas 50% dos serviços que responderam ao tópico possuem pelo menos 10 das atividades estabelecidas para avaliar esse nível de serviço de referência. Tais resultados indicam a diversidade das ações e procedimentos das instituições de referência, apesar de haver normas e padrões preconizados.

Na tabela 63, apresenta-se a média de atendimentos realizados pelos serviços de reabilitação em 2005. Observamos que a atenção às vítimas de acidentes e violências tem números bem inferiores ao total das ações oferecidas nos serviços de reabilitação.

Tabela 63 – Média de atendimentos realizados pelos serviços de reabilitação de cinco localidades brasileiras – 2005 (jan–jun)

	Manaus	Recife (N=6)	Distrito Federal (N=4)	Rio de Janeiro (N=1)	Curitiba (N=2)
Média de atendimentos (valor mínimo-máximo)	-	17.364 (44-51.276)	985 (50-4.200)*	3.710	339 (142-535)
Média de atendimentos por violências (valor mínimo-máximo)	-	-	41 (25-79)	186	13 (10-15)
Média de atendimentos por agressão (valor mínimo-máximo)	-	-	29 (5-60)	89	9 (3-15)
Média de atendimentos por lesão auto-provocada (valor mínimo-máximo)	-	-	7 (0-17)	2	60 (0-60)
Média de atendimentos por lesão decorrente de intervenções legais (valor mínimo-máximo)	-	-	14 (0-40)	-	8 (0-15)
Média de atendimentos por acidentes (valor mínimo-máximo)	-	-	20 (0-35)	9	21 (12-30)
Média de atendimentos por acidentes de trânsito/transportes (valor mínimo-máximo)	-	-	17 (0-30)	38	58 (8-107)
Média de atendimentos por quedas (valor mínimo-máximo)	-	-	10 (0-27)	-	2 (0-2)
Média de atendimentos por demais acidentes (valor mínimo-máximo)	-	-	12 (0-35)	48	41 (2-80)

* A média de atendimentos do DF inclui 5 serviços.

Em Curitiba sobressaem os atendimentos a traumas por acidentes de trânsito/transporte e por lesões auto-infligidas. No Distrito Federal e no Rio de Janeiro a maior proporção de atendimentos se deve a lesões e traumatismos por violências e agressões. Manaus e Recife não informaram as características dos serviços prestados. Apesar do nosso investimento em buscar informações que constam da tabela 63, entendemos que ela deva ser lida com ressalvas, pela precária cultura de registro dos dados, sobretudo no caso das ações de reabilitação.

Criamos também um indicador que avalia a proporção de unidades (em todos os níveis de complexidade) que oferecem, de forma adequada e suficiente, preparação para alta hospitalar, suporte para convívio social e familiar e informações sobre direitos das pessoas portadoras de deficiências. Ressaltamos que os gestores do Rio de Janeiro, de Recife e de Curitiba relataram que 100% dos serviços oferecem adequada orientação e realizam as ações preconizadas no indicador a favor das vítimas de violência. Em Manaus e no Distrito Federal, várias instituições não deram informações que permitissem calcular o indicador.

Em Manaus, por exemplo, das três instituições analisadas, apenas duas informaram sobre o tema e nenhuma delas afirmou que presta adequada e suficiente preparação para

alta, suporte para convívio social e familiar e informações sobre direitos das pessoas portadoras de deficiências. Metade dos serviços do Distrito Federal que informou sobre o assunto relatou adequação e suficiência no referido indicador.

Alguns detalhes referentes à atenção prestada nos serviços de reabilitação das cinco localidades merecem destaque.

Em Manaus o atendimento existente na rede estadual denomina-se Programa de Atenção Integral ao Deficiente (Paid) e divide-se em vários módulos: deficiente ortopédico, auditivo, ocular e ostomizado. Não há um registro organizado que permita saber quantos pacientes vinculados ao programa possuem agravos decorrentes de acidentes ou violências. O Programa funciona, essencialmente, na Policlínica Codajás, com dificuldades estruturais básicas que vão desde a oferta de órteses e próteses, insuficiência de vagas e falta de profissionais especializados para oferta de um atendimento adequado.

A Policlínica Codajás é uma unidade vinculada à Secretaria Estadual de Saúde que passou por reformas administrativas e estruturais recentes, surgindo, portanto, como um centro de serviços e ambulatórios especializados para diversos fins. O Serviço de fisioterapia da Policlínica Codajás é o único plenamente estruturado e referenciado pelo estado. Na policlínica, realiza-se dispensação de próteses e órteses, além do programa de atividades terapêuticas de acompanhamento aos usuários. Contudo, não há registro sobre a origem dos traumas e lesões que deram causa às seqüelas atendidas.

O Hospital Adriano Jorge, também estadual, possui um serviço de reabilitação, o Centro de Referência em Reabilitação ao Deficiente Físico. Essa unidade passou por recentes alterações estruturais físicas e administrativas, sendo recentemente incorporado à estrutura da Universidade do Estado do Amazonas, do qual será hospital-escola. Os registros e atendimentos realizados nesse serviço também não levam em conta o evento que causou a seqüela ou a lesão.

O poder público municipal não desempenha atividades no eixo de reabilitação. Cabe perguntar: onde estão os pacientes? Em suas residências? Em instituições asilares? Em clínicas populares? Em clínicas universitárias? A responsabilidade pela reabilitação no setor saúde recai sobre o nível estadual. Contudo, as unidades básicas deveriam receber e fazer a triagem dos pacientes com essa demanda, como preconiza o Ministério da Saúde no documento da política específica. Os poucos serviços existentes na cidade não conseguem dar suporte às demandas dos pacientes seqüelados. Sobretudo, há grande escassez de profissionais de neurologia e de terapeutas ocupacionais. Tanto a parte estrutural quanto o corpo técnico, segundo a opinião dos gestores, encontram-se em defasagem em relação à adequação física e técnica, à especialização e à suficiência.

Apesar das críticas, devemos ressaltar a excelência do atendimento de reabilitação no Programa de Atividades Motoras para Deficientes, desenvolvido pela Faculdade de Educação Física da Universidade Federal do Amazonas. É um serviço federal que tem como limitações a restrição de vagas, por ser, justamente, o único com estrutura completa e de atenção integral. Atua junto aos seqüelados desde o momento de sua chegada ao Hospital

Getúlio Vargas, até a etapa posterior, promovendo atividades esportivas no Centro de Atividades Motoras no *campus* universitário. Atende em torno de 40 pessoas, a partir do momento em que o paciente passa por atendimento médico-clínico. Contudo, outras modalidades de atenção como, por exemplo, fisioterapia, desporto, atividades psicossociais, respondem por uma demanda mais ampla.

Na cidade de Recife a maioria de serviços de reabilitação é de nível municipal, com apenas uma unidade pertencendo a organização não-governamental conveniada ao SUS. Há ainda, nessa cidade, um modelo assistencial hierarquizado e descentralizado quase totalmente institucionalizado. O atendimento tem sido voltado prioritariamente para as crianças e adolescentes vítimas de violência. Contudo, notamos uma preocupação na estruturação da atenção a mulheres e idosos, vítimas de violência. Observamos pouco investimento em ações de prevenção e de suporte social e terapêutico para a família dos pacientes. Os atendimentos ambulatorial, hospitalar e psicológico são as principais ações empreendidas. No entanto, observamos falta de profissionais e de capacitação nesse setor e em todos os níveis de atenção especificamente para atendimento a vítimas de violências e acidentes. Também os registros são precários e feitos manualmente, sem uma política de sistematização de informações.

No Distrito Federal, a informação dos tipos de acidentes e violências não é de muita confiabilidade, devido ao fato de muitas instituições não realizarem a contagem (coleta e arquivamento) dos dados e, ainda que realizem, na maioria das vezes essa contagem é incompleta e não informatizada. Há problemas nos fluxos de referência e contra-referência, dificultando a chegada do paciente ao serviço de saúde, ao andamento do atendimento do serviço de reabilitação. O atendimento de reabilitação não contempla a perspectiva de inserção do paciente no convívio social.

O serviço de reabilitação estudado na cidade do Rio de Janeiro dispõe de um total de 1.082 vagas ambulatoriais. Em entrevista com a coordenação do setor de Reabilitação, foi mencionado um total de 26 leitos, número escasso para um município tão populoso e com estatísticas tão relevantes de vítimas de violências e acidentes. O gestor hospitalar destacou que a utilização dos leitos por pacientes para o tratamento clínico de longa duração é inviabilizada pela ocupação desnecessária dos chamados "casos sociais": "situações em que o paciente poderia ter alta se tivesse suporte em casa, familiares para cuidar, mas que, no entanto, se perpetuam no hospital por falta de condição social mínima que permita alta", ou seja, a situação chamada pelos médicos metaforicamente de "leitos crônicos".

Há uma proposta da coordenação atual do Programa de Saúde da Família de incorporar profissionais especializados para realizarem o atendimento de reabilitação nas comunidades. Essa demanda surge como uma solicitação da própria população e das associações de moradores tendo em vista a grande demanda de jovens traumatizados, lesionados e seqüelados, vítimas de confrontos armados entre traficantes de drogas: "para atender nosso pessoal, nossos meninos que com freqüência se acidentam" (Gestor do setor de reabilitação – RJ).

Os entrevistados do Rio de Janeiro mencionam muita resistência dos profissionais da rede de saúde em atenderem pessoas portadoras de deficiência. A coordenadora do programa cita, por exemplo, a dificuldade para conseguir atendimento em clínicas diferenciadas como a de ginecologia e de odontologia, e afirma: "eles têm que obter atendimento na rede com equipe preparada, inclusive do ponto de vista da relação pessoal".

A conclusão sobre a situação do Rio de Janeiro é de que há necessidade de ampliação dos serviços e de contratação de novos profissionais para a rede pública. Pois existe fila de espera para reabilitação e para a dispensação de órteses, próteses e de cadeira de rodas.

Em Curitiba, a Secretaria Municipal de Saúde entende que a cobertura assistencial oferecida pelos serviços de reabilitação é adequada, porém necessita ser ampliada. Avalia também as dificuldades de implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiências.

> *Somos uma referência para três milhões de pessoas no Paraná, nestes dois serviços, e de fato a quantidade de profissionais com a experiência em reabilitação e re-inserção é muito pequena. Acredito que temos que ter um avanço nesta perspectiva. Temos uma proposta do Governo do Estado de um hospital voltado para a reabilitação aqui em Curitiba que estará preenchendo uma lacuna.* (Gestor SMS – Curitiba)

> *Conhecemos e acompanhamos a Política Nacional quando temos dificuldades para estar implantando a integralidade, pois a questão política necessita de um aporte financeiro substancial e de uma definição de protocolos assistenciais, de fluxo, atenção, capacitação e de um registro dos pacientes com deficiências. Hoje o sistema SUS não tem um quadro com estas informações específicas para identificar esta população. Falta um sistema de informação adequado para atender a implantação e dificuldades desta política.* (Gestor SMS – Curitiba)

Constatamos, em resumo, que a oferta de serviços de reabilitação ainda está restrita a poucas unidades que, por sua vez, têm que lidar com a máquina governamental morosa, muitas vezes engessada pela burocracia federal, estadual e municipal. Faltam aporte financeiro substancial, definição de protocolos assistenciais, registro de fluxo, atenção, capacitação e de um registro dos pacientes com deficiências. Não há informações confiáveis para identificar essa população. "Falta um sistema adequado de informação para atender a implantação e dificuldades desta política" (Gestor SMS – Curitiba).

As falas de alguns gestores apontam para dificuldades de várias ordens, vivenciadas nas localidades estudadas, para implantar ou para gerenciar a área de reabilitação.

> *Pelo que venho observando, parece que o setor de reabilitação é o mais frágil em quase todos os lugares, e especificamente nessa questão de acidentes e violências, ele agora que está se movimentando, por conta dessa rede que tem que ser montada. A impressão que tenho é que todos estão no mesmo patamar, ou seja, estão em processo de implementação, pois tudo é muito novo. Não existiam parâmetros de como realizar esse serviço, hoje a coisa já é regulamentada, montada em portarias, dando as normativas, dando as diretrizes, mostrando o caminho que se deve seguir. Assim cabe a cada gestor, dentro a partir de sua situação geográfica, contingente de pessoas, adequar da melhor forma possível a sua realidade. Pois Manaus é diferente da realidade de São Paulo, é diferente da realidade de Belém, é diferente*

da realidade de Curitiba. O gestor tem que fazer a tua adequação conforme as tuas condições e a tua situação. (Gestor de reabilitação – Curitiba)

A política de trabalho visa a eficiência e não a deficiência, ou seja o trabalho é desenvolvido a partir do potencial de cada paciente, com o que ele pode fazer. Quando é uma pessoa que não pode ser trabalhada de jeito nenhum, a gente tem que trabalhar com a família. No que diz respeito ao atendimento vem sendo desenvolvido com equipe multidisciplinar nas unidades que têm essas equipes e também com equipes intersetoriais. (Gestor de reabilitação – Rio de Janeiro)

ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL

Foi solicitado que cada serviço, nas cinco capitais estudadas, avaliasse a quantidade de profissionais de que dispõe para o atendimento de vítimas de violências e acidentes, atribuindo nota de zero a dez. As melhores notas foram auferidas pelos entrevistados de Curitiba (média 8,5) e Rio de Janeiro (8,0). Os profissionais do Distrito Federal e de Manaus fazem avaliação intermediária (6,9 e 6,7, respectivamente). Os de Recife avaliam muito negativamente o número de especialistas e outros funcionários nos serviços, conferindo-lhes a nota 3,7.

Como pode ser observado na tabela 64, as equipes multiprofissionais para atendimento de reabilitação nas cinco capitais apresentam considerável diversidade: oscilam de 878 profissionais na totalidade dos serviços do Distrito Federal a 34 profissionais nos de Curitiba.

Tabela 64 – Distribuição percentual dos Serviços/Programas, segundo pessoal disponível para atendimento nas capitais – 2006

Profissionais	Manaus (N=109)	Recife (N=441)	Distrito Federal (N=878)	Rio de Janeiro (N=225)	Curitiba (N=34)
Médico fisiatra	2,8	0,0	0,3	6,2	8,8
Fisioterapeuta	34,7	1,6	1,8	19,6	32,5
Fonoaudiólogo	13,8	1,8	-	3,6	11,8
Enfermeiro	3,7	20,0	12,6	5,8	2,9
Assistência social	6,4	4,3	1,7	1,3	8,8
Psicólogo	11,0	3,2	2,4	3,1	8,8
Terapeuta ocupacional	14,6	0,0	1,4	7,6	11,8
Nutricionista	2,8	0,7	2,3	1,3	2,9
Farmacêutico	2,8	0,2	2,4	1,8	-
Responsável técnico	3,7	0,5	1,1	4,4	8,8
Técnico/auxiliar de enfermagem	3,7	67,7	74,0	45,3	2,9
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

São poucos médicos fisiatras na composição das equipes de reabilitação; fisioterapeutas apenas estão mais presentes e atuantes nas cidades de Manaus, Curitiba e Rio de Janeiro. Em Recife e no Distrito Federal, os serviços com equipes maiores são compostos pelo predomínio de enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. Eles correspondem a quase 90% dos profissionais. Terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, duas especialidades muito relevantes para determinados tipos de reabilitação, apenas têm mais destaque na composição das equipes em Manaus e em Curitiba.

Os gestores de Manaus ressaltaram que a ausência de profissionais capacitados para o atendimento de reabilitação às vitimas de acidentes e violências constitui um problema expressivo para o setor.

> *O atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências consegue proporcionar, no que se refere à reabilitação física, o atendimento através de profissionais de fisioterapia e psicólogo. Mesmo com todas as dificuldades apresentadas há um movimento dessa área de reintegração psicossocial desse paciente. Mas a reintegração ao trabalho, é aquilo que eu já te falei, a gente precisa caminhar um pouco mais e montar as oficinas, que propicie a pessoa a se sentir realmente necessário e apto a voltar a trabalhar e/ou a desenvolver minimamente a função física ora perdida.* (Gestor de reabilitação – Manaus)

Na cidade do Rio de Janeiro, o trabalho em equipe multidisciplinar é uma característica da reabilitação. O paciente passa primeiro pelo fisiatra ou médico, responsável pelo diagnóstico e pela parte clínica. Em seguida, a equipe multidisciplinar cuida do desenvolvimento funcional. A indicação mais freqüente de reabilitação é a seqüela funcional, que constitui "o grande problema para a reabilitação", segundo a coordenação do programa. Os pacientes com esse problema são encaminhados para fisioterapia em unidades de saúde. Mas, são poucas as unidades da rede municipal que têm fisioterapeutas e apenas o estabelecimento estudado oferece reabilitação de forma completa.

Os gestores do Distrito Federal destacam a insuficiência de profissionais importantes para o atendimento voltado à reabilitação. Dentre eles podemos citar falta de psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e médicos fisiatras. É interessante perceber que essa grave lacuna é acompanhada pelo número deficiente de técnicos e auxiliares de enfermagem no Distrito Federal, Rio de Janeiro e Curitiba.

Para avaliar a suficiência de equipes multiprofissionais, foi criado um indicador que avalia a "proporção de unidades primárias" que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento. Constatamos que apenas Recife e Distrito Federal têm serviços de nível primário de atenção. No entanto, um dos serviços de Recife não alcança a equipe mínima de três profissionais, indispensáveis para seu funcionamento, pois é preconizada a existência de médico, fisioterapeuta (ou outro profissional da área de reabilitação física), assistente social e profissional de nível médio (Brasil, 2003d).

Criamos outro indicador que avalia a "proporção de serviços de referência" com equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento. Consideramos pelo menos 8 das 9 categorias profissionais: médico fisiatra, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta

ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, nutricionista e profissionais de nível médio. Os serviços de referência de Manaus e do Rio de Janeiro cumprem positivamente os indicadores. O Distrito Federal alcança 80%. Em Recife a equipe do serviço de referência possui menos de oito categorias profissionais e, em Curitiba, um serviço alcança o critério de excelência e outro não.

ESTRUTURA DOS SERVIÇOS

A competência dos serviços quanto ao provimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção está apresentada na tabela 64. Rio de Janeiro e Curitiba se destacam por serviços de reabilitação que assumem competência em todo o processo de avaliação e prescrição de órteses, próteses e meios de locomoção. Esse cuidado integral é também acompanhado, nas unidades dessas duas capitais, por dispensação e treinamento do usuário para uso dos dispositivos que recebem e acompanham a evolução dos pacientes.

Tabela 65 – Distribuição dos serviços segundo competência em relação a órteses, próteses e meios de locomoção nas capitais – 2006

	Manaus		Recife		D.Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Órteses										
Avalia indicação	3	100,0	4	66,7	6	85,7	1	100,0	2	100,0
Prescreve utilização	2	66,7	5	83,3	4	57,1	1	100,0	2	100,0
Treina para o uso	3	100,0	4	66,7	2	28,6	1	100,0	2	100,0
Faz acompanhamento	2	66,7	5	83,3	2	28,6	1	100,0	2	100,0
Faz dispensação	2	66,7	2	33,3	3	42,9	1	100,0	2	100,0
Próteses										
Avalia indicação	2	66,7	3	50,0	5	71,4	1	100,0	2	100,0
Prescreve utilização	2	66,7	4	66,7	2	50,0[1]	1	100,0	2	100,0
Treina para o uso	2	66,7	4	66,7	-	0,0[1]	1	100,0	2	100,0
Faz acompanhamento	2	66,7	5	83,3	1	25,0[1]	1	100,0	2	100,0
Faz dispensação	2	66,7	2	33,3	2	50,0[1]	1	100,0	2	100,0
Meios de locomoção										
Avalia indicação	2	66,7	4	66,7	6	85,7	1	100,0	2	100,0
Prescreve utilização	2	66,7	5	83,3	4	80,0[2]	1	100,0	2	100,0
Treina para o uso	3	100,0	4	66,7	1	20,0[2]	1	100,0	2	100,0
Faz acompanhamento	2	66,7	5	83,3	2	50,0[1]	1	100,0	2	100,0
Faz dispensação	2	66,7	3	50,0	2	40,0[2]	1	100,0	2	100,0

[1] Quatro serviços informaram sobre o tema
[2] Cinco serviços informaram sobre o tema

Analisando-se a tabela, pode-se observar que as outras três localidades apresentam problemas. Manaus dispõe de competência apenas nos itens avaliação e treinamento para o uso de órteses e para os meios de locomoção. Recife e Distrito Federal falham em relação aos vários itens.

Na tabela 66, apresentamos a listagem de notas aferidas pelos próprios serviços, no que concerne a vários itens. Destacamos que a nota 10 não foi alcançada por nenhuma das capitais analisadas.

Em relação a órteses, próteses e meios de locomoção, Curitiba e Manaus sobressaem por atingirem melhores notas para a variedade da oferta e para qualidade e quantidade disponível de material. Em Curitiba o quesito "continuidade" recebeu nota mais elevada (8,5) em relação à cidade de Manaus (6,3). No Rio de Janeiro há boas notas para os primeiros quesitos, mas nota 1 para a quantidade disponível e a continuidade do abastecimento, indicando problema significativo para nas atividades de reabilitação.

Quando analisarmos os itens referentes a medicamentos e equipamentos verificamos que as notas caem muito, mostrando uma debilidade bastante significativa no que diz respeito à variedade de oferta e continuidade de abastecimento. No que se refere à manutenção, somente os gestores de Manaus atribuíram uma nota boa aos serviços.

Tabela 66 – Notas atribuídas para itens relativos ao atendimento às vítimas de acidentes/ violências nos serviços de reabilitação das cinco localidades – 2006

Itens	Manaus (N=3)	Recife (N=6)	Distrito Federal (N=8)	Rio de Janeiro (N=1)	Curitiba (N=2)
Órteses, próteses e meio de locomoção					
Variedade da oferta	8,3	4,0	5,2	8,0	8,5
Qualidade do material	8,7	4,0	5,5	9,0	8,5
Quantidade disponível	7,0	4,0	4,7	1,0	8,5
Continuidade de abastecimento	6,3	4,0	4,0	1,0	8,5
Medicamentos					
Variedade da oferta	6,0	3,0	6,3	4,0	-
Continuidade do abastecimento	4,0	3,0	6,5	5,0	-
Insumos básicos					
Variedade da oferta	8,8	5,5	5,6	7,0	7,0
Continuidade do abastecimento	7,0	5,5	5,6	7,0	7,0
Equipamentos para apo io de reabilitação					
Variedade da oferta	8,3	5,8	5,7	7,0	7,5
Manutenção	8,7	7,0	5,1	1,0	7,5

A existência de recursos tecnológicos para atendimento nas cinco capitais estudadas pode ser visualizada na tabela 67. A utilização de dispositivos de urodinâmica é relatada apenas por dois dos serviços do Distrito Federal, um de Manaus e as outras localidades nada mencionaram sobre o tema. No Rio de Janeiro, foi constatada somente a existência de radiologia convencional.

Tabela 67 – Distribuição dos serviços de reabilitação em cinco localidades brasileiras, segundo a existência de recursos tecnológicos para diagnóstico e acompanhamento – 2006

	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Análise clínica/laboratorial	3	100,0	2	33,3	6	75,0	-	0,0	1	50,0
Medicina nuclear	-	0,0	-	0,0	2	25,0	-	0,0	-	0,0
Radiologia convencional	3	100,0	2	33,3	5	62,5	1	100,0	1	50,0
Urodinâmica	1	33,3	-	0,0	2	25,0	-	0,0	-	0,0
Ultra-sonografia	2	2 66,7	1	16,7	4	50,0	-	0,0	-	0,0

A tabela 67 chama a atenção, pois alguns serviços não disponíveis em várias das capitais estudadas comprometem o estabelecimento de diagnósticos. Por exemplo, a medicina nuclear ajuda na avaliação mais precisa dos tecidos, facilitando verificar a gravidade do impacto das lesões. A urodinâmica é importantíssima na avaliação dos traumas raquimedulares (TRM), de pacientes que apresentam bexiga neurogênica – incontinência e infecção urinária. No quadro apresentado falta a eletromiografia, que permite a avaliação da condução nervosa, muito importante na averiguação de doenças neurológicas periféricas, fraturas com lesão traumática dos nervos, distrofia simpática reversa dos distúrbios osteomoleculares (Dort). A radiologia convencional só permite averiguar ossos e articulações. Paralelamente à precariedade de recursos tecnológicos em algumas unidades analisadas, lembramos ainda a dificuldade que é encaminhar pacientes para a rede pública de saúde. Todas essas deficiências comprometem tanto o atendimento em si como a qualidade do tratamento e do acompanhamento dispensado às vítimas de violências e acidentes.

Foi criado um indicador para avaliar a oferta de recursos tecnológicos, considerando a existência de análise clínica e laboratorial, de medicina nuclear, de radiologia convencional, de urodinâmica e de ultra-sonografia. Foi considerada uma oferta adequada à existente no serviço de atenção primária que apresentasse pelo menos dois desses recursos; e o serviço de atenção secundária que ofertasse no mínimo três deles. Duas unidades em Manaus deram informações que permitiram calcular o indicador, com apenas um deles alcançando o critério de adequação. Dos cinco de nível primário de atenção em Recife, também apenas

dois informam sobre o assunto. Assim, verificamos que apenas um deles possui recursos tecnológicos adequados. O único serviço primário do Distrito Federal obedece aos critérios estabelecidos.

Considerando apenas os serviços de referência, pudemos avaliar o nível de adequação de recursos tecnológicos.

- O único serviço de referência de Manaus está adequado, pois utiliza três ou mais dos recursos tecnológicos requeridos. Há recursos para análise clínica e laboratorial e radiologia convencional, mas nem sempre em quantidade suficiente. Nenhum serviço possui equipamentos de medicina nuclear. Urodinâmica e ultrassonografia estão presentes de forma suficiente e adequada em apenas algumas unidades. De certo modo, uma rápida avaliação desses aspectos pode sugerir que existem recursos disponíveis no nível de atendimento de reabilitação. Contudo, é importante ressaltar, nesse caso também, que os serviços de reabilitação do município de Manaus costumam absorver demandas acima de sua capacidade, como ocorre com o nível hospitalar, uma vez que todas as necessidades do estado do Amazonas são orientadas para a capital.

- Os únicos serviços de referência estudados no Distrito Federal e no Rio de Janeiro não estão adequados, com utilização de menos de três dos recursos requeridos no atendimento em reabilitação.

- Apenas um serviço de referência de Curitiba informou sobre o assunto, apresentando inadequação aos pré-requisitos.

- Em Recife observamos pouca disponibilidade de recursos tecnológicos de laboratório de análise clínica, de ultrassonografia e de radiologia convencional, o que impede diagnósticos mais precisos e acompanhamento terapêutico adequado.

A organização dos serviços também foi aferida pelo indicador que avalia "a proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para suporte para laboratório de radiologia e patologia clínica". Verificamos que apenas Manaus e Rio de Janeiro apresentam suporte próprio e têm adequada articulação com outras unidades de serviço. No Distrito Federal há uma dificuldade grande nesse particular, pois só uma das oito unidades possui os mecanismos requeridos. Em Recife e Curitiba a metade de seus serviços possui suporte laboratorial e clínico. Tais dados indicam a pouca qualidade do atendimento dispensado a pessoas que, freqüentemente, apresentam dificuldades de locomoção.

A existência de rotinas e protocolos de atendimento às vítimas de acidentes e violências, acessíveis aos profissionais, foi mencionada positivamente pela única unidade de reabilitação estudada no Rio de Janeiro, por 87,5% dos serviços de reabilitação do Distrito Federal, por 50% de Curitiba e Recife e por nenhum serviço de Manaus.

Constam, da tabela 68, as notas atribuídas pelos serviços das cinco capitais, referentes ao processo de comunicação e registro existentes. Os gestores aferiram notas muito baixas à articulação com as equipes que atuam em saúde da família, ação que seria crucial para

continuidade do tratamento e acompanhamento dos pacientes. Também a comunicação com os serviços de atendimento pré-hospitalar recebeu nota mais baixa em todas as capitais com exceção de Curitiba, revelando mais uma vez a desarticulação os três níveis de atendimento (pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação).

Tabela 68 – Notas médias atribuídas pelos serviços aos seguintes itens relativos ao atendimento às vítimas de acidentes/violências – 2006

	Manaus	Recife	Distrito Federal	Rio de Janeiro	Curitiba
Comunicação com serviços de atendimento pré-hospitalar	1,7	3,8	6,1	5,0	7,5
Comunicação com serviços de atendimento hospitalar/emergência	5,3	6,6	5,8	3,0	7,5
Comunicação com serviços de atendimento ambulatorial	7,3	6,6	6,5	7,0	7,5
Comunicação com serviços de equipes em saúde da família	1,7	5,5	4,1	-	2,5
Transporte de pacientes	7,5	4,8	6,9	2,0	2,5
Especialização da equipe	8,0	7,8	7,1	9,0	7,5
Instalações físicas do serviço	6,3	6,3	6,0	8,0	6,0
Registros do Atendimento	5,7	7,5	6,4	7,0	6,5
Fluxos de referência e contra-referência	3,7	7,0	4,7	6,0	6,5

O transporte de pacientes apresenta-se como um problema especialmente grave nas cidades do Rio de Janeiro, Curitiba e Recife. As instalações físicas e a equipe dos serviços receberam notas mais elevadas.

Analisamos como os gestores avaliam a adequação do tempo desde a matrícula do paciente até o da evolução e da finalização da atenção às pessoas seqüeladas por acidentes e violências. Ressaltamos, na tabela 69, que, em Manaus e Curitiba, a maioria dos serviços considera que apresenta boa adequação de tempo entre a lesão e a busca de tratamento, entre o tempo decorrido para agendamento de primeira consulta e a permanência do paciente no tratamento. O serviço estudado no Rio de Janeiro não relata essa relação. Os gestores de Recife e do Distrito Federal reconhecem muitas deficiências na continuidade no tratamento nas três etapas analisadas.

Tabela 69 – Distribuição dos serviços que consideram adequado o tempo de recebimento e continuidade da atenção às vítimas de violências e acidentes nas capitais – 2006

	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Adequação do tempo decorrido entre a lesão e a busca de tratamento	3	100,0	1	16,7	4	57,1	-	0,0	2	100,0
Adequação do tempo decorrido para o agendamento de primeira consulta	3	100,0	1	16,7	4	57,1	1	100,0	2	100,0
Adequação do tempo de permanência do paciente em tratamento	3	100,0	5	83,3	4	57,1	1	100,0	2	100,0

Na tabela 70, apresentamos a avaliação da oferta de serviços às vítimas de acidente e violência. Nas cinco capitais há problemas no que concerne ao acompanhamento pós-alta e ao atendimento domiciliar. Todavia, existem ações positivas sendo realizadas nas localidades em análise no que se refere ao suporte para convívio social e familiar, informações sobre direitos das pessoas portadores de deficiência e na preparação para alta.

Tabela 70 – Oferta de serviços às vítimas de acidentes e violências – 2006

	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Atendimento domiciliar	1	33,3	2	33,3	1	12,5	-	0,0	-	0,0
Preparação para alta	3	100,0	5	83,3	8	100,0	1	100,0	1	50,0
Suporte para convívio social e familiar	3	100,0	4	66,7	7	87,5	1	100,0	2	100,0
Acompanhamento pós-alta	1	33,3	4	66,7	5	62,5	-	0,0	-	0,0
Informações sobre direitos das pessoas portadoras de deficiências	2	66,7	4	66,7	4	50,0	1	100,0	2	100,0

Em resumo, visto das mais diferentes formas, há ações importantes sendo oferecidas ao público e há serviços modelares no que concerne ao nível de reabilitação de lesões e traumas, nas cinco capitais. No entanto, existem muitos déficits de pessoal, de unidades, de equipamentos, de informação, de comunicação e de articulação. Sobretudo, nada encontramos em relação à reabilitação mental, o que seria fundamental, pois muitas lesões e traumas não são aparentes, atravessam a vida emocional das pessoas, prejudicando sua qualidade de vida e sua convivência no meio social.

10 | Prevenção, Monitoramento, Capacitação e Pesquisa

Simone Gonçalves de Assis
Suely Ferreira Deslandes
Maria Cecília de Souza Minayo

Entendemos que a Política Nacional de Promoção da Saúde deve estar intimamente vinculada e informar as diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001a). No entanto, para efeitos operacionais, seguimos a divisão estabelecida pelo documento oficial quando estabelece diretrizes para a ação setorial e intersetorial. Nos capítulos anteriores referimo-nos a (a) sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; (b) assistência interprofissional e intersetorial às vítimas de acidentes e violências; e (c) estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação. Neste capítulo abordaremos outras diretrizes constantes da PNRMAV (Brasil, 2001: 25), tão importantes quanto as três primeiras, pois tratam de todo o ambiente necessário para colocar a violência como um problema que precisa ser previsto, prevenido e tratado com uma abordagem científica adequada aos marcos da promoção da saúde. Considerando-se a amplitude desse marco, este capítulo constitui apenas uma aproximação inicial cujos desdobramentos merecem estudos mais específicos e aprofundados. Vamos abordar, aqui, as seguintes diretrizes:

- promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis;
- monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências;
- capacitação de recursos humanos;
- apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis

O conceito de promoção de saúde é um eixo central e filosófico da PNRMAV. O documento que a descreve destaca a integralidade do cuidado e da prevenção, o compromisso com a qualidade de vida por meio da participação fundamental da comunidade no

projeto de saúde (Ayres, 2004). Enfatiza o desenvolvimento de aspectos positivos da vida social brasileira, visando ao alcance de melhores condições de existência por meio de investimentos no fortalecimento da capacidade e da co-responsabilidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral, no sentido de desenvolver e manter condições e estilos de vida mais saudáveis. A intersetorialidade também é considerada ponto fundamental e tem posição de destaque na PNRMAV (Minayo & Souza, 1999).

As ações de promoção propostas na Política incluem: atividades dinamizadoras dos direitos e deveres da cidadania, do diálogo, da tolerância, da qualidade de vida e da paz; sensibilização e conscientização dos formadores de opinião e da mídia; ampla mobilização da sociedade em geral, e da mídia em particular, para a importância dos acidentes e das violências; reforço das ações intersetoriais relacionadas ao tema; divulgação técnica dos dados sobre acidentes e violências, apoio a seminários, oficinas de trabalho e estudos e estímulo às sociedades científicas que produzem revistas especializadas para que promovam discussões e produzam edições temáticas; elaboração e divulgação de materiais educativos; capacitação de profissionais de saúde para disseminarem a noção de promoção à saúde como estratégia de enfrentamento dos acidentes e violências no Brasil. De forma geral, a política de promoção no que concerne à violência dá destaque à cidadania, às organizações de redes de proteção e ao estímulo à cultura da paz.

Quando analisamos os eixos citados há pouco na pesquisa realizada nas cinco capitais, observamos que há uma fala comum dos gestores sobre a fragilidade das ações de promoção à saúde em todos os âmbitos e também no que concerne aos acidentes e violências.

Em Manaus, os gestores assinalam que existe timidez quanto às ações empreendidas a partir do setor saúde para a modificação de contextos violentos. Elas não se efetivam concretamente. As ações de atendimento e atenção à vítima de lesões e traumas têm constituído a ênfase dos serviços, mesmo porque, elas correspondem ao "que fazer" tradicional do setor.

Os serviços de saúde de Recife, embora possuam projetos isolados visando à promoção de saúde e à qualidade de vida, não incluem o enfrentamento dos acidentes e violências.

Gestores de vários serviços de Curitiba reconhecem a relevância e apontam a prevenção e a promoção de saúde como grandes avanços da PNRMAV. Mas consideram-nas como noções para as quais não tem havido investimento concreto na definição de ações do setor. Por isso, do ponto de vista político e técnico, tais noções permanecem muito frágeis, são objeto de pouco investimento financeiro e falta-lhes pessoal preparado. Apesar da deficiência prática, a compreensão da importância e da centralidade do tema dos acidentes e violências para o setor saúde é hoje total por parte dos gestores de Curitiba, como lemos nestes depoimentos. Para os outros gestores, cujos fragmentos de discursos estão citados depois, o conceito de promoção da saúde é interpretado como necessidade de estratégicas de prevenção:

> *O aspecto mais importante desta política é a prevenção. Carece de uma sistematização e um investimento permanente de recursos e de administração do processo de capacitação das pessoas visando a diminuição da incidência dos acidentes e violência.* (Gestor Atendimento Hospitalar – Curitiba)

> *Essa política, até onde eu conheço, não visa somente o atendimento à vítima, mas também a prevenção, que do nosso ponto de vista é a situação ideal* (Gestor Atendimento Hospitalar – Curitiba)

> *Não tenho, neste momento, conhecimento de políticas que possam estar existindo na questão de prevenção* (Gestor Reabilitação – Curitiba)

> *A política é bastante ampla e abrangente e foca muito o aspecto da promoção da saúde. Existe certa dificuldade em se estabelecer estratégias promocionais constantes, pela dificuldade até do próprio financiamento destas atividades. Não existe em Curitiba, um grupo formado e permanente de análise e discussão da violência dentro do município.* (Gestor Pré-Hospitalar – Curitiba)

Já no Distrito Federal são relatadas ações de promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis ligadas à Secretaria Estadual de Saúde, através do Núcleo de Estudos e Programas para Acidentes e Violências/Nepav (Subsecretaria de Atenção à Saúde/SAS/SES) e da Vigilância Epidemiológica das Doenças Não-Transmissíveis/Vedant (Subsecretaria de Vigilância Epidemiológica/VE/SES). Nessa Secretaria, existem duas redes voltadas para prevenção e promoção: a primeira diz respeito à Prevenção de Violência (coordenada pelo Nepav). A segunda é a Rede Interinstitucional Regionalizada, voltada para a garantia de direitos e da promoção da saúde, coordenada pela Vedant. As duas iniciativas contam com o apoio do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (Nesp-UnB).

Essas redes têm investido, em âmbito local e no entorno do Distrito Federal, no fortalecimento da capacidade e da co-responsabilidade dos indivíduos, das comunidades e da população, para que desenvolvam e mantenham condições e estilos de vida saudáveis, por meio das seguintes ações:

- Articulação inter e intra-setorial entre órgãos governamentais, não-governamentais e Conselhos: essa interação, na verdade, está em construção. Constatamos um processo lento e conflituoso de construção de parcerias, pois as relações de poder existentes, dependendo das alianças e correlações de forças, tendem para práticas institucionais conservadoras ou para a defesa de interesses individuais.

- Implementação de projetos voltados para a promoção da paz, dos direitos da cidadania, do diálogo, da tolerância e da qualidade de vida. O projeto Promoção da Paz trabalha todas essa questões de forma transversal em relação aos programas, projetos e ações que estão direta ou indiretamente realizando atendimento às vítimas de agravos por acidentes e violências.

Consideramos importante que haja investimento na articulação entre os setores da Subsecretaria de Atenção à Saúde/SAS/SES-DF e da rede de atendimento às urgências e emergências já que os problemas cotidianamente enfrentados, para serem bem conduzidos, precisam de um encaminhamento referenciado e articulado. Os gestores do Distrito Federal pontuam, sobretudo, muitas dificuldades interinstitucionais para fazerem um trabalho integrado.

Na cidade do Rio de Janeiro, também se destacam algumas iniciativas de promoção à saúde, mas em estágio inicial. A coordenadora da Assessoria de Prevenção aos Acidentes e Violências da SES-RJ, que também atua na Assessoria de Promoção da Saúde da SMS-RJ, enfatizou o aspecto processual da promoção à saúde. Na sua visão a promoção é justamente o caminho que se faz ao caminhar, acontecendo então no trabalho cotidiano. "Mais importante do que o ponto em que se está é o que se almeja alcançar. É deflagrar e manter o processo para a mudança".

O projeto Quali/SUS e a Política Nacional de Humanização, Humaniza/Sus, foram citados pelo Superintendente de Serviços de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro como exemplos de estratégias do Ministério da Saúde seguidas pela secretaria, voltadas tanto para os usuários como para os profissionais de saúde, em consonância com a promoção e a adoção de comportamentos e ambientes saudáveis.

Para o gestor estadual, a educação constitui o eixo estruturante para essa diretriz. Considera que a mudança de comportamento depende diretamente de campanhas educativas e de "medidas coercitivas" para disciplinar a população:

> *A educação é fundamental. Só vamos melhorar realmente com a educação da população e com algumas medidas realmente coercitivas que acabam dando resultado: uso do cinto de segurança, limite de velocidade em determinadas áreas, uso de bebida alcoólica tudo isso tem que ser cada vez mais debatido e colocado.* (Gestor Estadual – Rio de Janeiro)

O Projeto Jovens Promotores de Saúde (SMS/RJ) é uma experiência inovadora e bem-sucedida, implementado pela Assessoria de Promoção da Saúde, em parceria com outras secretarias governamentais, ONGs e empresas do setor privado. Em consonância com a PNRMAV, constatou-se a existência de algumas iniciativas intersetoriais voltadas para a prevenção das violências ainda são incipientes no Rio de Janeiro.

A secretaria de Saúde em articulação com outras instâncias de Curitiba tem se destacado por realizar ações de prevenção, especialmente na esfera do trânsito. A partir de 2003, foi criado o Projeto Trânsito Saudável, visando à Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, implantado a partir de um convênio entre o Ministério da Saúde e a secretaria municipal de Saúde. As propostas deste Projeto previram: (a) desenvolvimento de ações preventivas e de mobilização da sociedade, contando com o apoio do Ministério da Saúde, da Educação, do Trabalho, dos Transportes e da Justiça, conforme citado na Lei 9.503; e (b) melhoria da qualidade das informações sobre os acidentes de trânsito, a partir da articulação dos órgãos produtores de informações nessa área, visando, sobretudo, ao planejamento e a execução de políticas públicas integradas.

Alguns êxitos foram atingidos nos anos seguintes, incrementando ações de parcerias conjuntas entre órgãos de saúde e trânsito, o exercício da crítica mútua e o estabelecimento de propostas comuns e coerentes. Embora as transformações na área dos registros dos dados tenham encontrado diversas dificuldades, houve importante investimento em ações de promoção envolvendo o poder público, as empresas, os grupos

mais vulneráveis, as ONGs e os serviços de prevenção e atenção à saúde e de engenharia de trânsito (Souza & Minayo, 2006).

Seguindo as indicações da PNRMAV e da Política Nacional de Promoção à Saúde, foram instituídos os Núcleos de Prevenção às Violências, acadêmicos e institucionais. Como já foi dito no capítulo 1, a Portaria Ministerial (n. 936, de 18 de maio de 2004), que diz respeito também à estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, da qual os 58 núcleos fazem parte, eles estão em níveis distintos de implementação, de organização, têm funções também diferenciadas e podem constituir uma estratégia de reflexão e de enfrentamento dos acidentes e violências. Nas cinco capitais analisadas foram estabelecidos núcleos ligados à Rede Nacional, embora nem todos recebam suporte financeiro do Ministério da Saúde. Também nesse pequeno universo, são muito distintos os níveis de implantação e desenvolvimento.

Em Manaus há dois núcleos: um localizado na Secretaria Municipal de Saúde, e outro, com proposta acadêmica, na Fundação Universidade Federal do Amazonas (Ufam). Em Recife existem três: um voltado para os serviços, localizado na Secretaria Municipal de Saúde, e dois acadêmicos. Um na Universidade de Pernambuco (UPE) tem trabalhado com foco em publicação de material educativo, de forma articulada com a Secretaria Municipal de Saúde. Outro, chamado Saúde Pública e Desenvolvimento Social, da Universidade Federal de Pernambuco (Nusp), vem priorizando ações de promoção para prevenção da violência, realizando treinamento de pessoas nos municípios do interior, promovendo fóruns de discussão, apoiando pesquisas e elaborando material educativo, entre outras atividades. Em Curitiba existe um núcleo institucional voltado para o diagnóstico da situação, dos serviços e acompanhamento das ações. Ele fica situado na secretaria municipal de Saúde.

No Distrito Federal existem dois núcleos: um voltado para os serviços, o Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências/Nepav da secretaria de saúde (SES/DF) e um acadêmico: Núcleo de Estudos em Saúde Pública/Nesp, da Universidade de Brasília. Na SES, como estratégia de descentralização local, foi implantado o Programa de Prevenção aos Acidentes e violências/PAV em 16 Regionais de Saúde, objetivando viabilizar ações de capacitação, prevenção, notificação, atendimento e encaminhamentos da população de risco. Com a implantação do Nepav e dos PAV, bem como da ficha única de notificação compulsória da violência contra criança, adolescente, mulher e idoso, a problemática da violência adquiriu visibilidade, representando importante desenvolvimento da área da saúde do Distrito Federal.

O município do Rio de Janeiro é o que possui mais núcleos, sendo um local de vanguarda no enfrentamento e prevenção à violência no país. Dois núcleos estão inseridos em Secretarias de Saúde: um sob coordenação da Assessoria de Prevenção às Violências da Secretaria de Estado da Saúde e outro na Secretaria Municipal de Saúde. Há também dois núcleos acadêmicos: Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli/Claves/Fiocruz e Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Nesc/UFRJ). Existem ainda outros três núcleos em ONGs: Viva Rio, Instituto Promundo e Ipas Brasil.

No Núcleo Institucional de Prevenção às Violências da SES/RJ, as ações de prevenção às violências são desenvolvidas por diversos setores e secretarias do município que atuam de modo integrado, não havendo, desta forma, um Núcleo de Prevenção às Violências formalmente implantado, e nem mesmo um plano de ação em separado. A coordenação informou que antes da criação desse Núcleo já eram desenvolvidas ações no sentido de prevenir as violências e promover a saúde e que, mesmo após a sua criação, este ainda não recebeu recurso financeiro do Ministério da Saúde.

Algumas das ações, realizadas em parceria com outras secretarias como as de Educação e Cultura, objetivam, por exemplo, o trabalho com crianças e adolescentes (palestras e discussões sobre o tema em escolas, com participação ativa desses jovens, com representação de peças teatrais, por exemplo) e profissionais de saúde (estudos de caso e discussões, objetivando a capacitação para o reconhecimento e o atendimento de pessoas vítimas de acidentes e violências).

O Núcleo Acadêmico de Prevenção às Violências, constituído pelo Nesc/UFRJ, está implantado, mas ainda não foi elaborado seu plano de ação para o município. A proposta é participar do treinamento dos profissionais de saúde da rede. As ações previstas são de sensibilização e capacitação dos profissionais. No momento há dois projetos em andamento, para treinamento de profissionais de saúde visando à prevenção da violência no Maranhão e no Piauí. Já foram repassados recursos para esses dois projetos que são anteriores à implantação do Plano de Ação do Ministério da Saúde. A expectativa é trabalhar com negligência e abuso contra crianças e adolescentes, suicídio, e também com a problemática da violência contra a mulher.

O Núcleo Acadêmico do Claves/Fiocruz tem uma história de 18 anos dedicados a estudos, pesquisas e assessorias sobre o impacto da violência sobre a saúde. Ao longo de sua existência, o Claves vem sendo centro de referência para o Ministério da Saúde e para outros órgãos federais e locais e, atualmente, faz parte dos núcleos acadêmicos que apóiam os projetos de atuação no âmbito do SUS, criados pelo Plano de Ação do Ministério da Saúde em 2005. Está atuando na elaboração de material de referência para capacitações, sensibilizações e assessorias aos núcleos institucionais, especialmente. Para o próximo ano prevê o apoio à elaboração do diagnóstico local de alguns municípios da região sudeste e de um curso à distância no âmbito do Programa de Ensino a Distância (EAD/Ensp) e com apoio da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Secretaria de Assistência em Saúde do Ministério da Saúde.

Ressaltamos que avanços têm ocorrido de forma mais acelerada nos últimos anos. Todavia, há muito que ser realizado para assegurarmos ambientes mais saudáveis e para que criemos uma cultura de paz. Nas capitais estudadas observamos movimentos direcionados a algumas das ações de promoção previstas na PNRMAV. A reorganização dos serviços públicos para um atendimento mais eficaz às vítimas de acidentes e violências e um trabalho intersetorial e em rede se fazem necessários.

Estamos vivendo, conforme o local e o investimento no tema, fases concomitantes de campanha, sensibilização, de formação de profissionais, de atuação especializada. O reforço da ação comunitária é também uma meta proposta e realizada em poucos lugares, mas

na maioria do país e, em especial, nas capitais estudadas, é ainda um objetivo no qual há pouco investimento. Os dados aqui analisados indicam que temos uma orientação segura, mas há um longo caminho a percorrer para que as atividades de prevenção de violência se insiram nas práticas de promoção da saúde.

MONITORAMENTO DA OCORRÊNCIA DE ACIDENTES E DE VIOLÊNCIAS

De acordo com a PNRMAV, a implementação da diretriz de "monitoramento da ocorrência de acidentes e violências" diz respeito, sobretudo, ao acompanhamento dos eventos, a sua notificação e ao correto diagnóstico da situação. Para isso, o documento insta aos gestores para que promovam a capacitação e a mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, inclusive nos níveis pré-hospitalar, de urgências e emergências.

A implementação do monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências se concretiza com o estabelecimento de ações de vigilância em saúde focada na morbimortalidade por esses eventos, levantando-se as causas específicas, as conseqüências e os recursos envolvidos nos tratamentos das lesões e traumas. Na década de 60, a vigilância recebeu o qualificativo "epidemiológica" (Raska, 1964), tão tradicional na nossa área e consagrado internacionalmente pela sua ampla utilização durante a campanha de erradicação da varíola.

No entanto, esse é um conceito restrito e Thacker e Berkelman (1988) fizeram a crítica do termo e propuseram a adoção da denominação de "vigilância em saúde pública" para a particular aplicação da epidemiologia em serviços de saúde, como forma de evitar confusões a respeito da sua precisa delimitação. Como conseqüência, generalizou-se internacionalmente a denominação "vigilância em saúde pública", utilizada em praticamente todas as publicações sobre o assunto, desde o início dos anos 90, inclusive em documento recente da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) (Teutsch & Thacker, 1995). Utilizando o enfoque sistêmico e sintetizando as diversas experiências e concepções da vigilância, segundo Waldman (1998), há dois subsistemas que compõem o conceito de vigilância em saúde. Para Waldman (1998), o subsistema de informações para a agilização das ações de controle situa-se nos níveis locais dos serviços de saúde e tem por objetivo promover rapidez no processo de identificação e controle de eventos adversos à saúde. A equipe que faz parte desse subsistema deve estar perfeitamente articulada com a de planejamento e avaliação dos programas, devendo, portanto, assumir parte das responsabilidades pela elaboração das normas utilizadas no nível local dos serviços de saúde"; e o subsistema de inteligência epidemiológica é especializado e com função de elaborar as bases técnicas dos programas de controle de eventos específicos adversos à saúde a partir da análise sistemática do seu comportamento na comunidade, fundamentado no conhecimento científico e tecnológico disponível.

O subsistema de inteligência epidemiológica, além de identificar lacunas no conhecimento científico e tecnológico, também exerce função de incorporar aos serviços de saúde o "novo conhecimento" produzido pela pesquisa, com o objetivo de aprimorar continuamente as medidas de controle. Os dois subsistemas compõem, juntamente, a vigilância em

saúde que, munida desses instrumentos assume o papel de indutor de linhas de pesquisa e de incorporar à prática o conhecimento produzido.

Tendo em vista as premissas descritas, o primeiro passo diz respeito à melhoria das informações, uma vez que os dados atualmente existentes são subestimados e bastante imprecisos desde o início de sua geração. Ainda que haja fragilidade em todo o processo, os registros de acidentes, em geral, são mais bem feitos e circunstanciados que os de agressão.

Leal e Lopes (2005), por meio de um estudo etnográfico, analisaram os entraves para a notificação de maus-tratos por parte dos profissionais de saúde. Descobriram que existe maior comprometimento com o registro quando se trata de casos de crianças e adolescentes (especialmente nas situações de abuso sexual) do que quando as vítimas são mulheres. Observam, também, que os profissionais de enfermagem que atuam na emergência são os que melhor notificam, pois desenvolvem um grande domínio na interlocução com as vítimas de agressão, permitindo-lhes saber, a partir dos depoimentos dos usuários, as histórias, as causas e as situações em que as violências transcorreram. Contudo, esse precioso know-how não sustenta quaisquer atividades de monitoramento e prevenção posteriores. Sem apoio ou orientação institucional, o cotidiano da relação entre vítimas de agressões (muitos das quais também são agressores vitimados em confrontos policiais ou brigas entre grupos rivais) e trabalhadores de saúde é movida por preconceitos, medo e uso de estratégias de defesa dos profissionais na tentativa de se resguardarem (Leal & Lopes, 2005; Gonçalves & Ferreira, 2002; Deslandes, 2002).

Ora, na medida em que há falhas graves no processo de conhecimento dos agravos por violência, geralmente os diagnósticos situacionais são muito deficientes. No entanto, isso não ocorre só no Brasil, é universal. Mesmo os países que há muitos anos valorizam a prevenção e a notificação de casos de violência encontram dificuldades para ampla incorporação dessas práticas no setor saúde. Após duas décadas de grande investimento nos Estados Unidos e no Canadá, poucos critérios padronizados de anamnese e diagnóstico de violência (em particular, da violência doméstica) foram implementados no cotidiano do atendimento médico e de saúde. Thurston e Eisener (2006) avaliam que a maior parte das análises que criticam a postura de não envolvimento o faz pelo viés das características individuais dos profissionais.

Ainda que tais questões sejam importantes para a proposição de ações que visem a mudar tal quadro, as autoras pontuam que os fatores contextuais que também interferem nessa situação são pouco explorados, como é o caso da condição de gênero, a cultura e a estrutura organizacional. Entendemos, pois, que há muitas questões a serem analisadas no percurso do correto monitoramento e para isso é fundamental a sensibilização e a formação dos profissionais que notificam, visando a produzir um registro contínuo, padronizado e adequado. E principalmente, há que ter, como meta, o diagnóstico voltado para a prevenção e para um atendimento de qualidade.

A PNRMAV considera prioritária a melhoria das informações, à qual deverá ser concedida atenção especial. Uma das medidas, nesse sentido, é a promoção do registro contí-

nuo padronizado e adequado dos dados, de modo a possibilitar estudos e elaboração de estratégias de intervenção acerca dos acidentes e das violências relacionados aos diferentes segmentos populacionais, segundo a natureza e o tipo de lesões e de causas. A partir da qualificação das informações o sistema poderá intermediar ações específicas e vai sendo retroalimentado pela atuação num círculo virtuoso.

A sensibilização dos gestores do SUS, dos profissionais de saúde e dos gerentes dos serviços, sobretudo de hospitais e dirigentes de institutos de medicina legal, a respeito da importância da qualidade das informações sobre violências e acidentes é fundamental para o monitoramento adequado da ocorrência desses eventos.

Mas uma política de informação não se estabelece isoladamente. Pelo contrário, deve estar associada a diferentes estratégias, entre as quais se destaca o estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto dos acidentes e das violências no setor saúde (Pires et al., 2005; Gonçalves & Ferreira, 2002).

Segundo o documento da PNRMAV, o monitoramento da ocorrência dos eventos compreenderá a ampliação da abrangência dos sistemas de informação relativos à morbimortalidade, principalmente mediante (Brasil, 2001a):

- Promoção de auditoria da qualidade de informação dos sistemas.
- Elaboração de normas destinadas a padronizar as fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, de forma a permitir o fornecimento do perfil epidemiológico do paciente atendido, incluindo tipos de lesões e tipos de causas externas e da identificação do acidente de trabalho.
- Criação de um sistema nacional de informação relativo ao atendimento pré-hospitalar.
- Otimização do sistema de informação de morbidade, de modo que incorpore dados epidemiológicos relativos a atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios.
- Efetivação do disposto na Portaria GM/MS n. 142/97, que determina a especificação do tipo de causa externa no prontuário médico e nas autorizações de internação hospitalar.
- Inclusão de "lesões e envenenamentos" com detalhamento do tipo de causas externas como agravos sujeitos à notificação, o que permitirá o conhecimento de casos atendidos em unidades de saúde não ligadas ao SUS e em nível ambulatorial.
- Estabelecimento de ações padronizadas de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade de acidentes e de violências determinando, inclusive, os fatores de risco. Essas ações deverão utilizar os sistemas de informação já existentes e metodologia uniforme.
- Criação de um banco de dados que reúna as investigações epidemiológicas já desenvolvidas no país, visando à união de esforços e à otimização de recursos disponíveis.

- Inserção do serviço de informação toxicológica nos serviços de toxicologia – Centros de Notificação de Intoxicação –, em hospitais de atendimento médico de urgência.
- Identificação e implementação de mecanismos que possibilitem a ampliação da cobertura de informação relativa aos acidentes de trabalho ocorridos no mercado informal, de modo a ultrapassar a concepção eminentemente previdenciária.

Em relação a acidentes de trânsito, está previsto que o sistema de vigilância epidemiológica deve promover a implantação de uma rede de informação estatística destes acidentes, que inclua a captação, o transporte e o armazenamento de dados. Essa rede deve estar integrada e acessível a todos os fóruns em nível municipal, estadual e federal e possibilitar a análise não apenas dos dados de acidente, como também de outros parâmetros de segurança que auxiliem na identificação de causas e na proposta de medidas preventivas. A organização e o desenvolvimento das ações implicam na definição de um boletim de ocorrência padrão e na formação de técnicos em vigilância epidemiológica de acidente de trânsito (Brasil, 2001a).

A Opas sistematiza, em um documento (Concha-Eastman & Villaveces, 2001), os objetivos de um sistema de vigilância para a área de acidentes e violências, que vão ao encontro do que está proposto na PNRMAV: (a) produzir informações confiáveis e estratégicas; (b) monitorar as transições, a magnitude e a distribuição da morbidade, mortalidade, impactos psicológicos, percepção e realidade sobre os acontecimentos, identificação de novos riscos e formulação de possíveis associações causais; (c) identificar padrões ou tipologias da violência; (f) gerar hipóteses sobre a causalidade da violência; (g) servir de fonte confiável para tomada de decisão; (h) estimular a formação de grupos de trabalho.

A PNRMAV dá destaque especial à questão do monitoramento por reconhecer a fragilidade histórica dos registros de acidentes e violências do país e nas conseqüências da discrepância entre informação e planejamento de ações. Por isso, o documento insiste na necessidade de: aumentar a cobertura do Sistema de Informação em Mortalidade – SIM, que abrange cerca de 80% dos óbitos no país (menor nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste); melhor qualificação da informação sobre causas externas nas declarações de óbito, reduzindo o número de eventos com intenção indeterminada e preenchendo não apenas a natureza da lesão, como também a causa que levou ao óbito por acidentes ou violência; otimização da informação em nível local; capacitação dos profissionais que lidam com os dados em nível local, com destaque para os que atuam nos Institutos Médicos Legais; e integração e comunicação entre as bases de dados sobre acidentes e violências que existem nas localidades (Souza et al., 1996; Kfouri et al., 2000; Gouvêa et al., 1997; Mendes et al., 2004).

Apesar de tantas limitações, tem havido evolução positiva na qualidade das informações sobre violências e acidentes no Brasil e em algumas capitais brasileiras (Njaine & Reis, 2005). A significativa melhoria da informação sobre mortalidade por causas externas em algumas capitais deveu-se principalmente à iniciativa das secretarias municipais de Saúde de buscar articulação com o setor de segurança pública e capacitar seus profissionais. Muitas das ações voltadas para qualificação das informações sobre causas externas foram, contudo,

viabilizadas pelo processo de municipalização da coleta e análise local dos dados, antes de serem encaminhados à Secretaria Estadual e por sua vez, ao Ministério. Porém, ainda persistem, especialmente em algumas localidades, problemas estruturais, funcionais, culturais regionalmente diferenciados e específicos em relação à qualidade dos dados (Gawryszewski, 1995; Mathias & Soboll, 1998; Souza, 2002; Njaine, 2006; Mello Jorge et al., 2003).

Além do SIM, são importantes para o monitoramento de acidentes e violências, a colaboração de outros órgãos e sistemas: o Boletim de Ocorrência Policial (BO); os Sistemas de Resgate; o Sistema de Informação Hospitalar (SIH); e a Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT). No documento dedicado à formulação da Política (PNRMAV) há uma análise sobre a contribuição e as limitações de cada um. Por isso, a orientação é mais que criar um sistema "total", trabalhar com a integração das fontes.

Diversas ações têm sido desencadeadas ao longo dos últimos anos pelo Ministério da Saúde, visando a incrementar a melhoria da qualidade das informações sobre acidentes e violências.

Desde 2005, a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS – tem procurado capacitar profissionais em diversas partes do país, responsáveis pelos registros dos dados do tema aqui tratado, para que busquem qualificar os registros. Mas tem havido também tentativas de implantar experimentalmente fichas de notificação com perguntas mais adequadas e precisas.

Importante passo no monitoramento dos acidentes e violências foi dado com a Portaria n. 1.356 (Brasil, 2006e), que criou a Rede de Serviços Sentinela de Acidentes e Violências em alguns hospitais de todo o país. Essa iniciativa visou a conhecer a dimensão e o perfil dos agravos nas emergências hospitalares, bem como a captar o perfil das agressões que demandam serviços ambulatoriais. Para isso, destinou incentivo financeiro com vistas à implantação e implementação da proposta. No primeiro caso, uma ficha de notificação obrigatória de acidentes e violências foi aplicada em unidades de urgência e emergência, envolvendo hospitais a que se atribui o papel de sentinelas em 30 municípios de todas as regiões do país. A coleta foi feita por amostragem – 30 dias corridos em um ano (de 1 a 30 de agosto de 2006, por exemplo) e por pessoal externo ao atendimento de emergência (bolsistas, estagiários ou contratados), remunerado com recursos advindos do Ministério para implantar a Portaria n. 1.356 (Brasil, 2006e).

No segundo caso, o Ministério da Saúde tentou promover uma vigilância contínua e cuidadosa desses eventos – freqüentemente subdimensionados – por meio de uma ficha de notificação individual para violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais. Essa notificação deverá ser feita pelo profissional de saúde que atendeu à vitima. A Rede Sentinela encontra-se em processo de implantação. No ano de 2006, seu alcance foi reduzido. Entendemos que se trata de um processo lento e gradual em que os profissionais dos serviços se capacitem e assumam a importante função de monitoramento e de notificação. Para isso, uma nova cultura que inclui sensibilização e formação precisará se tornar rotina.

Nas cinco capitais estudadas há grupos que estão trabalhando na implantação dos instrumentos do Ministério da Saúde. Em Manaus, o núcleo de prevenção da Secretaria Municipal

de Saúde assumiu essa responsabilidade. Em Recife, os núcleos acadêmicos participam do Projeto Sentinela, sendo responsáveis pela implantação da ficha de notificação sobre violência doméstica. Para o período de 2006 a 2007 o Núcleo Acadêmico da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) planeja atuar articulando projetos intra e intersetorialmente na prevenção da violência, tendo como prioridade a implantação do referido Projeto Sentinela, realização de pesquisas, publicação de material, participação em eventos e congressos, comunicação e assessoria e apoio à estruturação de núcleos de serviço de municípios vizinhos a Recife.

Quanto ao núcleo institucional de serviço de Recife (SMS), a principal meta para 2007 é a implantação do Sistema de Informações da Morbimortalidade por Acidentes e Violências em três unidades (HR, Policlínicas Arnaldo Marques e Amaury Coutinho), atuando em conjunto com os núcleos de violência da UPE, UFPE, Prefeitura de Olinda e SES. Existe também por parte do núcleo institucional de serviços (SMS) a proposta de implantar dois Centros Especializados de Referência para prevenção da violência e capacitar profissionais da rede municipal de saúde (PSF, ACS) e de outras secretarias municipais: Educação, Política de Assistência Social, Direitos Humanos e Segurança Cidadã.

Os núcleos acadêmicos e de serviços do Distrito Federal, do Rio de Janeiro e de Curitiba também têm metas de realização de pesquisas visando ao aprimoramento das informações e mostram avanços na direção de implementar modificações na atual forma de monitoramento das violências e acidentes.

A situação de envolvimento na melhoria da qualidade das informações sobre violências e acidentes nas capitais estudadas é desigual, pois cada uma das localidades parte de um estágio diferenciado de desenvolvimento. Algumas capitais já vêm, há anos, investindo no monitoramento dos dados de acidentes e violências, enquanto outras dão seus primeiros passos. Vale lembrar que a maioria dos registros nas Unidades nas capitais analisadas ainda é realizada manualmente, sendo urgente um processo de informatização.

Podemos perceber, na tabela 71, o percentual de serviços do nível pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação que informaram a existência de: registro dos acidentes e violências de acordo com a CID-10, análise sistemática da informação; utilização dos dados no planejamento de ações locais e integração com outros bancos de dados existentes na localidade sobre a temática dos acidentes e violências. Desde já apontamos que as respostas dadas pelos gestores nos questionários são mais positivas que suas falas nas entrevistas e que a realidade observada pelos pesquisadores.

A análise sistemática dos registros é muito precária no Rio de Janeiro, onde apenas 20% das unidades processam seus dados sobre lesões e traumas por violências e acidentes corretamente. Em Manaus, Recife e Curitiba, o devido tratamento das informações é realizado entre 50% a 60% dos serviços, que, apesar de terem vantagem em relação Rio de Janeiro, também não as otimizam no planejamento e avaliação das ações. Em resumo, praticamente não são utilizados dados locais na organização das atividades, sendo o quadro mais grave em relação nível pré-hospitalar. Nesse âmbito, não existe integração do banco de dados de atendimento às vítimas de acidentes e violências com o de outras instituições e nem com os outros níveis que atuam no mesmo problema.

Tabela 71 – Percentual de registro de acidentes e violências nos níveis pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação, nas cinco localidades estudadas – 2006

Níveis	Manaus		Recife		D. Federal		R. Janeiro		Curitiba	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PRÉ-HOSPITALAR										
N	(N=8)		(N=10)		(N=21)		(N=10)		(N=8)	
Registro de atendimento aos acidentes/violência classificados de acordo com a CID 10	7	87,5	5	50,0	16	80,0*	-	0,0	6	75,0
Análise sistemática dos registros de atendimento	4	50,0	6	60,0	14	66,7	2	20,0	5	62,5
Análises utilizadas para o planejamento das ações	3	37,5	6	60,0	14	73,7**	5	50,0	4	57,1*
Integração do banco de dados de atendimento às vítimas de acidentes/violências da unidade com banco de informações de outros serviços	1	14,3*	3	30,0	7	36,8**	2	20,0	4	50,0
HOSPITALAR										
N	(N=7)		(N=10)		(N=15)		(N=16)		(N=5)	
Registro de atendimento aos acidentes/violência classificados de acordo com a CID 10	7	85,7	6	60,0	13	86,7	7	43,8	3	60,0
Análise sistemática dos registros de atendimento	4	57,1	7	70,0	9	60,0	9	56,3	2	40,0
Análises utilizadas para o planejamento das ações	6	71,4	6	60,0	10	71,4*	10	62,5	2	40,0
Integração do banco de dados de atendimento às vítimas de acidentes/violências da unidade com banco de informações de outros serviços	3	42,9	6	60,0	7	50,0*	2	13,3*	3	60,0
REABILITAÇÃO										
N	(N=3)		(N=6)		(N=8)		(N=1)		(N=2)	
Registro de atendimento aos acidentes/violência classificados de acordo com a CID 10	1	50,0[1]	1	16,7	7	87,5	1	100,0	2	100,0
Análise sistemática dos registros de atendimento	1	33,3	3	50,0	5	62,5	1	100,0	2	100,0
Análises utilizadas para o planejamento das ações	1	33,3	3	50,0	6	71,4	1	100,0	2	100,0
Integração do banco de dados de atendimento às vítimas de acidentes/violências da unidade com banco de informações de outros serviços	-	0,0	1	16,7	4	50,0	1	100,0	2	100,0

*Informação ausente em um serviço.

** Informação ausente em dois serviços.

No registro dos acidentes e violências, também é grande o percentual de serviços que não utiliza as categorias referentes a causas externas da CID-10 (OMS, 1996). Os percentuais dos serviços hospitalares que responderam afirmativamente à Classificação Internacional variam de 43,8% no Rio de Janeiro a 86,7% no Distrito Federal. A não adesão é particularmente crítica no nível pré-hospitalar (no Rio de Janeiro) e no nível de reabilitação (Recife). Se é fato que a lógica de atendimento nesses níveis não requer o uso da CID, os esforços para realizar um trabalho em rede exigem uma padronização das notificações.

Nas unidades de reabilitação os gestores de Manaus e Recife observam que não promovem integração entre as informações geradas nos vários serviços. Nas unidades do Rio de Janeiro e de Curitiba, em sua totalidade, existe articulação entre registros, análise e integração de dados entre os vários serviços, segundo os gestores.

As informações quantificadas podem ser mais bem qualificadas quando as contextualizamos com as falas dos gestores sobre a situação de cada localidade. As entrevistas dão ênfase às inúmeras limitações no sistema de registro e ressaltam que falta muito para um correto monitoramento e sua utilização no planejamento das ações.

> *A princípio elas [as informações] têm sido usadas para informação hospitalar de morbidade, de atendimento de pacientes, de lesões, mas poderiam estar sendo utilizadas com esta intenção, se tivermos um sistema de informação que colha dados epidemiológicos na entrada, e se toda a cidade estiver envolvida, não só os hospitais, mas também delegacias, IML e as organizações que atendem crianças e idosos, como a própria escola que atende a criança. Acredito que a partir daí o sistema seria mais completo e se teria um diagnóstico e uma articulação melhor para se fazer a prevenção.* (Gestor Hospitalar – Curitiba)

> *Não existe um tratamento sistêmico destas informações, elas são colhidas quanto aleatórios, e normalmente o que acontece é que elas são utilizadas pelo próprio serviço, internamente, para gerenciamento. Não existe uma comparação global para a caracterização do quadro da violência.* (Gestor Pré-Hospitalar – Curitiba)

> *Isso a gente ainda está bastante precário [informações utilizadas para monitoramento, vigilância e prevenção]. A gente começou, tem alguns trabalhos editados aqui, de acidente de motocicleta, em termos de intoxicação, em pacientes intoxicados, em vitimas com o uso de cinto de segurança, se diminui os traumas de impacto. Tem alguns trabalhos que estão começando a surgir com relação a isso aí.* (Gestor Hospitalar – Recife)

> *Não existe no município um sistema de informações sobre o atendimento pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar aos acidentes e violências. A gente tem algum tipo de informação, pela central de regulação do Samu. Tem um epidemiologista que trabalha lá, talvez você consiga informações melhores lá, que geraram até algumas sugestões, colocações de lombadas eletrônicas, mas também uma coisa que não tem ainda uma consistência importante. Não temos nenhuma informação que possa ser considerada de fato como definitiva em relação a fase pré-hospitalar, hospitalar ou pós-hospitalar. Do ponto de vista de sistema de informação precisa crescer muito. A gente tem informações isoladas feitas por um e por outro, através de pesquisas, de busca em prontuários, mas ate o sistema que a gente tem integrado é difícil você mantê-lo adequadamente por dificuldade de capacitação mesmo, de profissional, de equipamento...* (Gestor de emergência – Manaus)

> *Não, isso é precário [integração da informação]. Essas informações são utilizadas para o andamento. Hoje em dia você tá vendo o quê? Que a maior integração entre o Detran, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e o Corpo de Bombeiro. Hoje até começa, engatinha um entrosamento; mas o entrosamento ocorre na ponta; e não nas esferas altas. Os três secretários se juntam para discutir; que um ta bonito; que o outro vai ser eleito; e cada um sai pro lado e acabou.* (Gestor Pré-Hospitalar – Rio de Janeiro)

Observamos muita discrepância entre as informações quantitativas e qualitativas na cidade de Manaus. As respostas aos questionários levariam a concluir que há uma estrutura capaz de monitorar os vários níveis de ação relacionados ao atendimento dos acidentes e violências, inclusive integrando as informações numa rede que, longe de ser dispersa, possuiria uma estrutura viável para integração de comunicação. No entanto, as entrevistas apontam fortemente para entraves importantes, sobretudo, existe um nítido desconhecimento da utilidade dos registros nos vários níveis de atendimento. Os gestores consideram que não tem havido o devido investimento na capacitação de pessoal para que essa valorização ocorra. Também faltam profissionais para analisar dados do setor e intersetoriais e promover a sua integração no planejamento.

Os gestores atribuíram notas que variaram de 5 a 10 aos registros de atendimento, evidenciando que os serviços são percebidos pelos respondentes de forma desigual. A valorização generosa por parte de alguns contrasta com o que observamos no processo de coleta de dados. Pois constatamos falta de registros sistemáticos dos atendimentos e ausência de avaliação da qualidade dos mesmos.

Em Recife, inexistem ações de vigilância epidemiológica da morbidade por acidentes e violências. Quanto à mortalidade, apesar de o monitoramento ocorrer por busca ativa dos casos, ainda ocorrem elevadas taxas de notificação de "causas por lesões indeterminadas", denotando muitas falhas no sistema. Existe uma congruência das deficiências nos dados quantitativos locais com as dificuldades aí encontradas por nós para a existência de um eficiente sistema de informação.

No Distrito Federal constatamos muita dificuldade de integração, tanto entre instituições como entre bancos de dados. A SAS-DF, por meio do Nepav e Vedant, tenta realizar uma articulação e comunicação entre os bancos dos vários setores que atendem aos agravos por violências e acidentes (Samu, Corpo de Bombeiros, IML, Secretaria de Segurança Pública). No entanto, esse processo vem acontecendo muito lentamente. As unidades que compõem a rede não apresentam, salvo exceções, equipamentos, infra-estrutura e recursos humanos capacitados e disponíveis para a análise e apropriação sistemática das informações.

Os gestores do Rio de Janeiro enfatizaram a importância do monitoramento das ocorrências de acidentes e violências, especialmente de investir no treinamento de técnicos para a realização correta dos registros e para informatização dos dados.

Os estudos epidemiológicos sobre acidentes e violências em Curitiba se ressentem da falta de dados confiáveis, especialmente quando se avaliam vítimas não-fatais. Os registros da área da saúde, mesmo no ambiente hospitalar, não privilegiam informações sobre os

mecanismos que provocaram as lesões e traumas ou as características e especificidade das ocorrências (Curitiba, 2002a). A análise epidemiológica das causas externas (acidentes e violência) no município é realizada principalmente a partir dos óbitos ocorridos durante o ano. Os dados de morbidade não são precisos e confiáveis para determinar a magnitude do problema.

Por outro lado, os organismos responsáveis pela área da segurança e pelo controle do trânsito (sendo o trânsito e o transporte processos sociais geradores de muitos acidentes e violências) não apresentam dados confiáveis para análises estatísticas. A maioria destes organismos não está informatizada, não tem tradição no trato com a informação estatística e, em alguns casos, não tem interesse em estabelecer formas de controle que a informatização possibilita (Curitiba, 2002b).

Segundo o estudo local, a análise dos dados relativos a acidentes e violência é considerada de difícil execução em Curitiba, pois inexiste um sistema de informações unificado que dê conta de mensurar a complexidade dessa realidade. Cada ponto de atenção pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação atua de forma independente criando seus próprios mecanismos de coleta e sistematização de dados. Na verdade todos os serviços possuem sistemas de registros sobre os atendimentos às vítimas de violência e acidentes, mas esses dados não são de fácil acesso à consulta, nem tampouco interagem numa análise mais aprofundada.

Ou seja, o município conta com um conhecimento parcial sobre os eventos violentos, uma vez que não há uma sistemática de acompanhamento da vítima nos diferentes pontos de atendimento. Na maioria dos serviços, as informações sobre os agravos não têm subsidiado o planejamento das ações e nem orientam os serviços de atenção às vítimas. Atendem prioritariamente às exigências administrativas e de faturamento.

Quanto ao registro dos atendimentos realizados nas instituições de Curitiba, embora os serviços possuam essa informação, ela não é repassada para Secretaria de Saúde, pois para fins de pagamento do SUS é necessário o dado sobre o diagnóstico primário que levou o paciente a necessitar de reabilitação sem informar a causa que levou ao diagnóstico produzido. Isto é, o diagnóstico secundário não é campo obrigatório. Necessidades de avanços nos sistema de informação para vigilância e monitoramento são destacados como prioritários pela Diretora do Centro de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal da Saúde dessa capital.

As boas práticas de "notificação de violências contra crianças, adolescentes e mulheres" podem ser consideradas um indicador do melhor monitoramento da violência. Essa ação está respaldada em duas Portarias do Ministério da Saúde: a n. 1.968/GM (25/10/2001), que dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde; e a n. 2.406/GM (5/11/2004), que institui o serviço de notificação e aprova o instrumento e o fluxo de atendimento (ficha de notificação compulsória de violência contra a mulher e outras violências interpessoais).

Na tabela 72, observamos que a notificação sistemática de violências contra crianças e adolescentes é a ação mais institucionalizada e melhor implantada nos níveis pré-hospitalar e hospitalar. Os serviços do Rio de Janeiro se destacam nesse sentido. Lembramos que esta cidade é pioneira no país na implantação da ficha de notificação sobre violências contra esse grupo específico. E há muitos anos, tanto a Secretaria Estadual como a Municipal de Saúde do Rio de Janeiro vêm investindo em capacitação dos profissionais tanto para que os registros sejam feitos corretamente como para atuarem frente aos agravos em pauta.

Em Recife, 28,6% dos serviços pré-hospitalares, 12,5% de Manaus e 6,6% do Distrito Federal não notificam violências contra crianças e adolescentes. Os percentuais dos serviços que o fazem, atuam de acordo com a consciência de cada profissional, uma vez que neles não há institucionalização desta ação. No entanto, a notificação acontece em 66,7% nos serviços pré-hospitalares e 78,6% dos hospitalares no Distrito Federal. Recife é outra cidade com percentuais elevados de notificação, embora ainda não de forma institucionalizada.

Geralmente, a notificação realizada numa instância dos serviços de saúde segue para o Conselho Tutelar da cidade onde o evento violento ocorreu, com cópia para a Secretaria de Saúde do Município. A principal finalidade desse ato é dar apoio e proteção à criança ou ao adolescente e a sua família. Para os serviços de saúde, o registro tem ainda o objetivo de gerar um perfil dos problemas e da demanda e assim, subsidiar o planejamento adequado de atenção às vítimas nas unidades básicas e no sistema como um todo.

Tabela 72 – Distribuição das notificações de violência contra crianças, adolescentes e mulheres, segundo nível pré-hospitalar e hospitalar em cinco localidades brasileiras – 2006

Localidades	Violência contra criança e adolescente			Violência contra a mulher		
	Sim, sistematicamente	Sim, dependendo do profissional	Não	Sim, sistematicamente	Sim, dependendo do profissional	Não
Pré- Hospitalar						
Manaus (N=8)	6	1	1	3	2	3
Distrito Federal (N=21)*	7[2]	7[2]	1[2]	8[2]	11[2]	0
Recife (N=10)**	4[2]	1[2]	2[2]	2[4]	1[4]	1[4]
Rio de Janeiro (N=10)	9	0	1	1[3]	4[3]	2[3]
Curitiba (N=8)	6	2	0	6[1]	1[1]	0[1]
Hospitalar						
Manaus (N=7)	6	1	0	1[2]	2[2]	2[2]
Distrito Federal (N=15)	3[1]	11[1]	0[1]	4[1]	10[1]	0[1]
Recife (N=10)	6	4	0	4[1]	5[1]	0[1]
Rio de Janeiro (N=16)	13	2	1	7[1]	3[1]	5[1]
Curitiba (N=5)	5	0	0	2[3]	0[3]	1[3]

[1] Não se aplica para uma instituição; [2] Não se aplica para duas instituições;
[3] Não se aplica para três instituições; [4] Não se aplica para seis instituições.
* Quatro instituições não responderam (violência contra criança);
** Uma instituição não respondeu (violência contra criança).

Em Curitiba existe uma sólida Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco para violência. Mesmo assim há lapsos, pois os serviços hospitalares notificam integralmente, ao passo que os pré-hospitalares não o fazem. Isso ilustra algumas das dificuldades encontradas nas realidades locais. A referida Rede criada nessa capital possibilitou a estruturação de um banco de dados unificado que reflete a realidade dos maus-tratos no município. Essa ação também tem possibilitado o acompanhamento de crianças e adolescentes maltratados, na medida em que os casos atendidos em qualquer ponto que compõe a iniciativa (escola, creche, unidade de saúde, hospital) são notificados, tratados e acompanhados. É enviada uma cópia da ficha de notificação à instituição de atendimento mais próxima à residência dessa criança ou adolescente.

Do ponto de vista da qualidade da informação, o bom sistema vem permitindo a compreensão da configuração dos maus-tratos empiricamente e em conseqüência, a reestruturação dos protocolos de acompanhamento e dos programas de prevenção.

O Distrito Federal se caracteriza, dentre as localidades estudadas por nós, como a de menor investimento na notificação sistemática de violência contra a criança e o adolescente. Recife apresenta patamares intermediários nessa estratégia, e, em Manaus, existe empenho dos profissionais para instituir essa ação específica. No entanto, nessas três capitais não existe uma política institucional de notificação compulsória. Sua realização, ficando a cargo da boa vontade e da consciência dos servidores, não garante nem qualidade e nem fidedignidade dos dados gerados, o que contraria a normativa já vigente. As dificuldades de implantação da notificação de violência contra crianças e adolescentes vêm sendo apontadas em todo o país (Gonçalves & Ferreira, 2002).

A notificação da violência contra as mulheres é uma norma mais recente e está ainda pouco absorvida pelos serviços de saúde, dificultando o monitoramento dos eventos, sua visibilidade e a indiscutível demanda de cuidado. Não se trata de uma prática de "denúncia" aos órgãos policiais – como freqüentemente vem sendo interpretada a prática dessa norma – e é importante respeitar a autonomia das mulheres em querer ou não registrar os maus-tratos que sofrem. No entanto, e apesar de visar apenas a criar uma nova cultura de atenção baseada nos fatos concretos, os registros adequados não são realizados por cerca de dois dos serviços pré-hospitalares e três hospitalares de Manaus; por cinco serviços hospitalares do Rio de Janeiro e por 25% dos serviços pré-hospitalares de Recife e do Rio de Janeiro.

A notificação sistemática de violência contra mulheres vem sendo realizada nos serviços pré-hospitalares e hospitalares de Curitiba. O Distrito Federal tem o mais elevado percentual de instituições que notificam. No entanto, na capital do país esse é ainda um compromisso dos profissionais, uma vez que a ação não está institucionalizada no sistema.

Capacitação de Recursos Humanos

Embora a capacitação de recursos humanos tenha ficado evidente na apresentação da estruturação dos serviços mostrada nos capítulos anteriores e tenha sido referida pelos gestores de várias unidades nas cinco capitais, ressaltamos que os investimentos são ainda

insuficientes para a implementação da PNRMAV ou são desigualmente direcionados aos diferentes níveis de atenção.

A PNRMAV preconiza que a preparação de recursos humanos deve atender a:

- Treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação visando à vigilância epidemiológica por causas externas.
- Criação de disciplina sobre emergência nos cursos superiores da área de saúde.
- Complementação curricular a serem homologada pelo MEC para especialização em emergência para técnicos ou auxiliares de enfermagem.
- Criação e implementação de currículo mínimo padronizado, homologado pelo MEC, para a formação de profissionais, voltados ao atendimento pré-hospitalar.
- Capacitação de recursos humanos da área da saúde e de outros setores para atuar na área de prevenção de acidentes e de violências, tendo em vista a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis e levando em conta as características sociais e culturais, bem como fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional. Tal capacitação deve incluir conhecimentos e técnicas de educação e comunicação social em saúde, além de habilidades para elaboração de material informativo e educativo.

Como notaremos a seguir, a maior parte das atividades de formação que vêm ocorrendo no país dá ênfase ao desenvolvimento de habilidades e competências para atuar com violências que atingem crianças, adolescentes, mulheres e com os registros de dados de morbimortalidade. Mas a maioria são cursos de curta duração. Poucos avanços ainda se notam na inserção do tema em currículos universitários ou para o atendimento de outros segmentos populacionais como os idosos, por exemplo.

Na cidade de Recife, quando perguntados, os profissionais declararam que procuram se capacitar por conta própria. Em Curitiba, as últimas atividades de formação oferecidas pelas instituições ocorreram há algum tempo.

Observamos que a capacitação dos profissionais através da implantação dos núcleos de educação em urgências nos municípios ainda é incipiente e necessita ser priorizada, uma vez que a falta de formação e de educação permanente dos trabalhadores resulta no comprometimento da qualidade na assistência e gestão na área pré-hospitalar. Os núcleos de educação em urgências foram criados tendo como um dos objetivos principais a necessidade de aprimorar a gestão das estruturas existentes.

Na tabela 73, vemos que todos os gestores dos serviços pré-hospitalares relataram que promovem capacitação em PHTLS (Prehospital Trauma Life Support) para os profissionais de saúde. A exceção ocorre no Grupo de Socorro de Emergência do Corpo de Bombeiros Militar de Estado do Rio de Janeiro-GSE/CBMERJ, responsável pela área pré-hospitalar no município, que considera esse curso específico para atuação na esfera hospitalar, e não, pré-hospitalar.

Existe investimento adequado na formação para atendimento de urgência nas capitais que possuem Samu como modalidade de atenção pré-hospitalar. A exceção ocorre no Rio de Janeiro. O Centro de Educação Profissional em Atendimento Pré-hospitalar (Cepap), pertencente ao GSE/CBMERJ é o que mais se aproxima aos propósitos de um núcleo como esse, mas se refere apenas à atenção pré-hospitalar. Contudo, profissionais de algumas instituições do Rio de Janeiro já participaram de treinamento para atendimento de urgência realizado em Brasília.

Tabela 73 – Distribuição percentual de serviços com pessoal capacitado para registro/atendimento a agravos de acidentes e violências nos níveis pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação, em cinco localidades brasileiras – 2006

Níveis	Manaus		Recife		D. Federal		R. Janeiro		Curitiba	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PRÉ-HOSPITALAR										
N	(N=7)		(N=10)		(N=21)		(N=10)		(N=8)	
Capacitação em PHTLS *	1	100,0*	1	100,0*	1	100,0*	1	-	1	100,0*
Capacitação por Núcleos de Educação em Urgências*	1	100,0*	1	100,0*	1	100,0*	-	0,0*	1	100,0*
Capacitação de pessoal para registro e sistematização de informação	4	37,5[1]	3	30,0	10	52,9[2]	2	20,0	5	62,5
HOSPITALAR										
N	(N=7)		(N=10)		(N=15)		(N=16)		(N=5)	
Capacitação de pessoal para registro e sistematização de informação	4	66,7[1]	10	100,0	5	35,7[1]	6	37,5	2	40,0
REABILITAÇÃO										
N	(N=3)		(N=6)		(N=8)		(N=1)		(N=2)	
Capacitação de pessoal para registro e sistematização de informação	1	33,3	1	16,7	4	50,0	1	100,0	2	50,0

* Informação para o serviço Samu/Bombeiros de cada localidade.
[1] Informação ausente em um serviço.
[2] Informação ausente em dois serviços.

Os dados sobre capacitação em PHTLS e Núcleos de Educação em Urgências se referem a apenas um serviço de Samu de cada localidade, pois este tipo de capacitação só é relevante para os serviços pré-hospitalares móveis.

Na tabela 73, resumimos a situação, nas cidades estudadas, a respeito dos serviços com pessoal capacitado para registro e sistematização de informações e para o atendimen-

to de emergência. Existem muitas lacunas e fragilidades nos conhecimentos e habilidades dos profissionais, para a construção de dados nos diferentes níveis de complexidade da atuação. Manaus, por exemplo, possui 33,3% de serviços de reabilitação e 37,5% de serviços pré-hospitalares com pessoal capacitado para registrar e sistematização de dados. O nível hospitalar dessa cidade mostra situação um pouco melhor: 66,7%. Já a capacitação em PHTLS e núcleos de educação em urgência foi realizada em todo os serviços de pré-hospitalar de Manaus e das outras três cidades que possuem Samu. Os índices de capacitação em registro e sistematização de informações são, de forma geral, baixos nos serviços das cinco localidades estudadas.

As falas dos gestores ilustram as dificuldades específicas que encontram para propiciar formação a sua equipe de trabalho. De forma geral, o treinamento para o nível pré-hospitalar é o mais continuado. No entanto, nos hospitais, esse processo é disperso, com foco nos aspectos clínicos e pouca ênfase em prevenção dos acidentes e violências e promoção da saúde.

> *Isto é contínuo. Após a capacitação do bombeiro militar com 400 (quatrocentas) horas para socorristas, a cada dois anos ele recebe mais 200 (duzentas) horas de capacitação/recertificação.* (Gestor Hospitalar – Curitiba)

> *As capacitações acontecem de modo a especializar cada profissional em sua área. Elas acontecem de acordo com a renovação do corpo profissional ou de acordo com o surgimento de novas técnicas. O curso é de cunho obrigatório e o período varia de acordo com a área do profissional. Não há capacitações especializadas em acidentes e violências, o que há é um aprofundamento do que cada profissional aprende em sua área.* (Gestor hospitalar – DF)

> *Existe uma necessidade de um processo de educação continuada. Existem alguns treinamentos específicos para este tipo de atendimento a pacientes que o próprio hospital procura proporcionar para a equipe médica e de enfermagem. Surgem rotinas novas, uma nova demanda ou uma nova organização do sistema e a equipe tem que estar preparada sobre o ponto de vista técnico e profissional.* (Gestor Hospitalar – Curitiba)

Os gestores ressaltam que o processo de formação passa por muitas dificuldades operacionais. Liberar pessoal para se capacitar implica não contar com a equipe completa para atender uma demanda que tem de ser atendida imediatamente e que não cessa:

> *A principal dificuldade para capacitação que eu vejo é a possibilidade das pessoas, estarem disponíveis para as atividades propostas. Para quem já está no serviço, essa dificuldade é enorme, por que o serviço precisa de gente, liberar gente, para estar reciclando, reformando, atualizando é muito difícil. Para quem está entrando é mais fácil, mas sempre tem umas premências, de que agente tem que colocar esse cara no mercado, na corporação para trabalhar, o mais rápido possível.* (Gestor – RJ)

Difícil também é adequar a especificidade do conteúdo e da prática para capacitação em atendimento a vítimas de violências e acidentes nos vários níveis de complexidade, principalmente pela ausência de normas e protocolos específicos.

> *O nosso grande norte é a capacitação dos profissionais. Outro desafio é capacitar para a prevenção primária (baixa complexidade), secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade).* (Gestor do Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências/ NEPAV-DF)

> *Capacitação com 140 horas, sendo horas diretas e indiretas. E nossa clientela costuma variar, tem ano que grande parte dos treinandos é composta de profissionais do Corpo de Bombeiros que trabalham com bombeiros mirins. Esse ano teve uma grande demanda da escola Dom Pedro II, que é uma escolha de bombeiros, eles queriam implantar um trabalho sobre cidadania, sexualidade. E nós temos um grupo que é da Secretaria de Educação e que está sendo capacitado. Nessa capacitação é abordado o tema sobre a promoção da paz, cidadania, sexualidade, DST/Aids, prevenção de drogas, e metodologias com trabalhos de oficinas, e, eles saem do curso com uma proposta de trabalho que eles devem realizar com o seu público-alvo, no caso, adolescentes e depois eles vão trazer o resultado pra gente. Tudo isso faz parte do curso.* (Gestor do Serviço de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis – Vedant – DF)

Em Recife, as ações de sensibilização e de formação dos profissionais para notificação de acidentes e violências ainda não fazem parte de uma programação sistemática.

No Distrito Federal esse processo está mais organizado. De modo geral, todos os profissionais que atuam nos serviços da rede hospitalar são capacitados periodicamente pela secretaria de Saúde do DF. A maioria dos serviços funciona também como espaço de ensino, facilitando, em tese, a atualização do conhecimento. Mesmo assim, os gestores ressaltam que a capacitação é deficiente em outros níveis, tanto em PHTLS nas unidades de saúde pré-hospitalares como na que se destina aos profissionais que atuam em urgências. Na área da reabilitação, os gestores mencionaram que ocorrem cursos e treinamentos anualmente, realizados pela Secretaria de Saúde.

O Distrito Federal possui já o Núcleo de Educação em Urgências (NEU), proposta contemplada na portaria n. 2048 do Ministério da Saúde para efetivação da Política Nacional de Urgências, responsável pela formação de todos os profissionais da rede nesse nível. A Portaria prevê um currículo mínimo para médicos, técnicos e enfermeiros.

No caso do Distrito Federal, esse núcleo está em fase de implantação e trabalhando junto com a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs), órgão da Secretaria de Saúde responsável pela formação de recursos humanos. O NEU ainda se ressente da falta de professores qualificados. No entanto, a capacitação está ocorrendo normalmente. Porém, a carga horária é menor do que as 200 horas que a Política preconiza, pois os gestores consideram que fazer um curso dessa duração desestabiliza o já precário quadro de funcionários das unidades de saúde.

Dessa forma, concluímos que o NEU ainda não é uma iniciativa estruturada e nem tem muita articulação com outros núcleos. Ressaltamos também que, embora a formação oferecida pelo NEU não seja específica para acidentes e violências, ela deveria levar em conta as diretrizes propostas na PNRMAV.

No Rio de Janeiro, a capacitação de recursos humanos foi mencionada pelos profissionais das várias instituições. A Superintendência Estadual reconhece a necessidade de elabo-

rar um plano mais definido de capacitação, numa perspectiva de hierarquia para promoção de funcionários. Para os bombeiros, a capacitação é contínua, facilitada pela existência do centro de aperfeiçoamento que, sistematicamente, escolhe profissionais que realizam o preenchimento dos registros de atendimento.

> *A gente faz muita pressão pra conseguir que eles se disponham a vir para as entidades educacionais. É obrigatório, eles podem até ser presos se não participarem. Mas a gente não prende. Mas faz pressão; conta memorando. O cara tem que se explicar, então faz algum tipo de pressão.* (Gestor do GSE – Rio de Janeiro)

Quanto à capacitação dos profissionais que atendem nas emergências, a principal dificuldade relatada pelos gestores é sua liberação das atividades cotidianas, ficando à disposição das sessões de formação. "O serviço precisa de gente, liberar gente, para estar reciclando, reformando, atualizando, é muito difícil" (gestor do GSE do Rio de Janeiro).

Um gestor entrevistado informa a existência freqüente de capacitação nos hospitais para todo o pessoal da emergência, em conjunto com o GSE.

> *Agora mesmo o auxílio geral está programando um seminário, um treinamento em relação às pessoas do seu serviço. Mas uma coisa isolada. Não existe um programa geral para essas pessoas todas. O centro de estudo treina: acadêmico, residente, algumas outras especialidades não médicas, como enfermagem, por exemplo, mas para os médicos especificamente, cada serviço faz seu treinamento separado e cada um tem a sua cota.*

Na área da reabilitação ocorrem capacitações direcionadas para terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, separadamente. Existe a intenção de que esse processo seja feito periodicamente, mas isso não está ocorrendo concretamente.

Curitiba destaca seu processo de formação para os profissionais de serviços integrantes da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência, desenvolvendo um manual explicativo sobre o correto preenchimento da Ficha de Notificação Obrigatória em casos de violência ou suspeita de violência. Há também capacitação para os profissionais que atendem mulheres vítimas de violência. A formação realizada para os profissionais do Samu é mais universalizada, atingindo também as Unidades de Saúde 24 horas que fazem parte do pré-hospitalar fixo do município. São treinados médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, bombeiros socorristas e condutores de viaturas.

Os profissionais de Curitiba ressaltam um aspecto importante para a formação de recursos humanos que atendem a vítimas de acidentes e violências no país, dizendo que esse processo que começa no pré-hospitalar e no hospitalar deve seguir uma lógica única, de forma que o paciente não passe por descontinuidade na atenção que deve lhe ser dispensada.

Em relação a todo o contexto que cerca o processo de formação para o atendimento e a prevenção das violências e acidentes nas cinco localidades, pontuamos que a qualificação profissional, em geral, está direcionada apenas para o tipo específico de violência atendido no serviço. No entanto, ela não chega de fato a ser eficaz, pois faltam protocolos e rotinas eficientes e, também, há um desconhecimento grande acerca da necessidade da notificação, há falhas nos registros e existe pouca articulação entre os setores.

Ressaltamos que, mesmo nos casos em que há um tipo de capacitação "instrumental" suficiente, falta uma visão filosófica, diagnóstica e contextualizada sobre acidentes e violências e sobre a PNRMAV, especialmente visando ao comprometimento com a filosofia de promoção de saúde. Desta forma, o processo de formação para atuação frente aos acidentes e violências ainda não alcança integralmente todos os profissionais envolvidos na atenção; os que são capacitados costumam carecer de continuidade no aprendizado e na reflexão, exceto em alguns lugares e em alguns serviços específicos.

APOIO AO DESENVOLVIMENTO DE ESTUDOS E PESQUISAS

Desde a década de 1970 existem grupos e pessoas no país estudando o tema da violência sob a ótica da saúde. Todo esse movimento voltado para o conhecimento está registrado na pesquisa realizada por Minayo et al. (1990) e Souza & Minayo (2003). No início do século XX, violência era um tema pouco tratado pelos cientistas e pelos sanitaristas. Progressivamente, as investigações sobre o tema foram se tornando mais freqüentes e mais abrangentes, de tal forma que ao final do século e atualmente elas vêm ocorrendo em todas as regiões do Brasil.

Esse movimento coincidiu com a democratização do país e também com o crescimento da criminalidade urbana, afetando a vida e a saúde das pessoas e criando uma demanda específica para os serviços de saúde, como analisamos no primeiro capítulo. Uma estratégia governamental que facilitou a propagação do desenvolvimento de investigações sobre o assunto no Brasil ocorreu em 2003, quando um edital específico da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, levando em conta as orientações do documento da PNRMAV, investiu recursos em pesquisas estratégias sobre acidentes e violências. Os primeiros resultados nacionais sobre essa iniciativa começaram a ser divulgados no início de 2007.

O apoio aos núcleos acadêmicos e de serviços, (também descritos no capítulo primeiro) componentes da Rede de Prevenção nos últimos dois anos, também vem propiciando investimentos na área do desenvolvimento de estudos e pesquisas. Todavia, nas capitais aqui estudadas e com certeza em todo o território nacional, ainda são necessários muito mais investimentos nessa diretriz da PNRMAV.

Na cidade de Manaus, a despeito da participação de entidades que desenvolvem atividades de pesquisa, como a Universidade Federal do Amazonas, a Fundação Hospital Adriano Jorge e a Fundação Oswaldo Cruz, ainda é precário o investimento no conhecimento da realidade local no tocante aos acidentes e violências e de toda a rede de serviços que promove atendimento dos agravos, traumas e atividades de prevenção.

Os gestores destacam a precariedade da produção científica local e a necessidade de apoiar iniciativas de desenvolvimento de estudos e pesquisas de cunho específico e que possam ocorrer em parcerias institucionais. Chamam atenção para a urgência de estudos que redundem na criação de um sistema de monitoramento tanto do fenômeno como dos serviços.

Apesar de assinalarem as deficiências, os gestores e profissionais entrevistados destacam a excelência do Programa de Atividades Motoras para Deficientes (Proamde) e do Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (Savvas). Ambos são iniciativas vinculadas à Universidade Federal do Amazonas e constituem projetos de extensão e de serviços prestados à comunidade. São também, espaços de estudos e construção de conhecimentos próprios sobre os processos com os quais lidam e sobre o impacto dos tratamentos para as pessoas.

Em Recife são relatadas várias iniciativas na área da pesquisa. Levantamentos locais mostram esforços desenvolvidos por meio de cursos de especialização, de residência, mestrado e doutorado em saúde pública que focalizam violências e acidentes. Atualmente, inicia-se um programa de formação específica sobre violência e saúde em nível de pós-graduação na UFPE.

No Distrito Federal, o apoio ao desenvolvimento pesquisas está localizado em algumas instituições. No Nesp-UnB, os pesquisadores priorizam a realização de estudos e investigações sobre os determinantes da violência, visando a subsidiar práticas socioinstitucionais. Recentemente o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Nesc/UNB) realizou um mapeamento da rede de serviços de saúde, a respeito das condições de atendimento aos traumas e lesões por violências no Distrito Federal.

O Centro de Ciências da Saúde da UnB também participa do desenvolvimento de estudos e pesquisas no Distrito Federal. Oferece Cursos de Especialização sobre Gestão de Sistemas Locais de Saúde e de Saúde da Família para os profissionais que atuam na Região Integrada do Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (Ride-DF). Esses cursos têm por objetivo estabelecer estratégias de integração das ações de gestão e de atenção à Saúde. O tema dos acidentes e violências é abordado dentro das orientações para organização de sistemas locais de saúde.

No Rio de Janeiro, a maior parte dos entrevistados ligados aos serviços ressaltou as dificuldades de apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas relativas à atenção às vítimas de acidentes e violências no âmbito da atenção propriamente dito. O departamento de promoção da saúde da Secretaria Municipal de Saúde se revelou uma exceção, por desenvolver ou apoiar estudos em conjunto ou em parceria com instituições de pesquisa.

No entanto, as universidades públicas (Uerj, UFRJ e UFF) e principalmente a Fiocruz vêm atuando em relação à formação de pessoal de alto nível nos cursos de especialização, atualização, mestrado e doutorado. Por meio do Claves, a Fiocruz há 18 anos atua não apenas em pesquisa, como na capacitação de profissionais, e a última iniciativa que esse centro organizou e acaba de se iniciar em 2007 é o curso a distância denominado o Impacto da Violência sobre a Saúde, tendendo a ampliar sua atuação.

Na cidade de Curitiba, gestores e profissionais são muito críticos quanto à contribuição das universidades. Gestores comentam a pouca participação das entidades acadêmicas na realização de pesquisas e formação de profissionais para atuar nessa área de conhecimento. Essa crítica foi referendada por levantamento que fizemos nas bibliotecas

das universidades locais onde foi encontrada apenas uma tese de doutorado e uma dissertação de mestrado, ambas relacionadas a acidentes de trânsito. Dos 64 trabalhos de conclusão de curso (TCC) analisados, 34 foram produzidos pelo curso de formação de agentes de trânsito e os 30, sobre violência, foram elaborados por estudantes das áreas de ciências jurídicas e sociais. Nenhum estava vinculado ao setor saúde.

Em resumo, nas capitais estudadas, a integração entre pesquisa e serviços é distribuída desigualmente e se mostra bastante tímida. Há muitas queixas, especialmente dos profissionais dos serviços, sobre a dificuldade em trabalhar de forma integrada com os centros acadêmicos. Esta análise assinala que é preciso priorizar, cada vez mais, pesquisas operacionais, específicas e locais que dêem respostas às demandas suscitadas nos serviços.

Não resta dúvida, no entanto, de que houve crescimento do investimento em pesquisas sobre violência na área da saúde no Brasil, contando especialmente com recursos de agências de fomento brasileiras como CNPq, Fapesp, Faperj e outras FAP e, também, com a contribuição de organismos internacionais.

Revisão da década de 90 sobre a bibliografia nacional em violência e saúde (Souza & Minayo, 2003) mostra que foram localizados e classificados 543 trabalhos, sendo 158 (29,1%) produzidos na primeira metade da década e 385 (70,9%), na segunda. Desde os anos de 1980 a produção vem crescendo significativamente. Pesquisa na base Scielo, realizada em dezembro de 2006, mostra que só nesse ano foram publicados 107 textos tendo as palavras acidentes ou violência no resumo.

Há, todavia, muito a ser alcançado nesta diretriz proposta pela PNRMAV, especialmente para suprir o desafio dos estudos locais, focalizados nos problemas dos municípios e apresentando diagnósticos e propostas frente a demandas concretas. Por outro lado, temos necessidade de desenvolver pesquisas de maior complexidade e de âmbito nacional que coloquem o país no topo do conhecimento científico mundial. Para tanto, investimentos no setor de pesquisa precisam ser incentivados e percebidos como essenciais para a construção de uma sociedade mais solidária e participativa.

Perspectivas e Rumos

Maria Cecília de Souza Minayo
Suely Ferreira Deslandes
Edinilsa Ramos de Souza

OBSERVAÇÕES SOBRE O PERFIL DE MORBIMORTALIDADE POR VIOLÊNCIAS E ACIDENTES

Estas conclusões constituem um resumo das principais questões que a análise da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências trouxe à consideração, em relação às cinco capitais estudadas: Curitiba, Distrito Federal, Manaus, Recife e Rio de Janeiro.

Apesar de ter sido realizado com foco em situações concretas de cada localidade, cremos que este trabalho retrata, pelo menos em parte, a situação geral do "estado" de implantação da política, em particular, nas grandes metrópoles e regiões urbanas.

Ademais, em anexo, oferecemos ao leitor um conjunto de "tecnologias leves" – como são chamadas as estratégias metodológicas tais como técnicas, escalas e indicadores para abordagem de campos específicos. No nosso caso, estão dispostos ao final do livro questionários, roteiros e indicadores, todos eles construídos coletivamente por nós com a colaboração de especialistas, pesquisadores e gestores que conhecem a problemática das violências e acidentes, assim como todo o processo de atendimentos às lesões e traumas provocados por esses agravos à saúde.

Sobre o quadro de mortalidade

Como observamos no capítulo 5, jovens e idosos são os grupos sociais que continuam demandando especial atenção dos que atuam na prevenção da violência, dado que em todas as capitais estudadas, pessoas de 20 a 29 anos (sobretudo em Recife e no Rio de Janeiro) e de 60 ou mais anos de idade (especialmente no Distrito Federal, Manaus e Curitiba) são as mais afetadas pela mortalidade por causas externas.

Consoante à realidade nacional, nas capitais estudadas, os homens são os mais atingidos pelas agressões, pelas auto-agressões e pelos acidentes de trânsito. Esse panorama

constitui uma pista para o planejamento de ações e um alerta à sociedade e autoridades. Ressaltamos, porém, que a realidade de cada cidade exige iniciativas diferenciadas de atuação.

Em todas as localidades analisadas, as maiores taxas de mortalidade dentre as causas externas são devidas às agressões. Ressaltamos que em Recife e no Rio de Janeiro essas taxas atingiram patamares elevadíssimos e assustadores (65,4 por cem mil e 45,1 por cem mil, respectivamente). A cidade de Recife configura hoje uma situação de gravíssima violência urbana.

Mas a dinâmica da violência indicada pelos dados epidemiológicos é preocupante em todas as capitais analisadas. Por exemplo, no Distrito Federal, as agressões, juntamente com os acidentes de trânsito, perfazem cerca de 73% das mortes por todas as causas externas. Nessa capital, quase metade das mortes de jovens e adolescentes é causada por agressões. E em Curitiba, a tendência das violências letais está em franco crescimento. Igualmente, as maiores taxas de mortes por acidentes de trânsito e de transporte nas cinco capitais ocorrem em Curitiba (24,9) e no Distrito Federal (22,7).

Ao se analisarem esses dados, percebe-se a necessidade de investimento maciço nos processos de prevenção; para melhor adequação da oferta de serviços de saúde para o atendimento às vítimas e para metas específicas de redução dos desfechos fatais. Como temos repetido várias vezes, a violência não é uma fatalidade. Estudos históricos mostram (Chesnais, 1981) que tanto as mortes por agressão, por violência no trânsito, como por auto-agressão são passíveis de serem reduzidas e prevenidas.

Sobre o quadro de morbidade

Quando analisamos os dados de internações hospitalares por violências e acidentes – ou seja, aqueles que dão visibilidade apenas aos tipos de agressões, lesões e traumas mais cruéis e visíveis e que exigem hospitalização –, observamos que grupos etários e de gênero diferentes conformam o perfil, em cada localidade estudada.

Os idosos são, proporcionalmente, os que mais se internaram por causas externas em todas as áreas estudadas, exceto no Rio de Janeiro, onde as crianças de 0 a 9 anos são os principais pacientes e em Curitiba, onde crianças e adolescentes de 10 a 19 anos apresentaram as maiores taxas de hospitalização. Devemos ressaltar que no Rio de Janeiro, pessoas com 10 a 19 anos constituíram o grupo que teve mais elevadas taxas de internação por acidentes de trânsito. Já no Distrito Federal, são as agressões o principal conjunto de causas que levaram os jovens de 10 a 19 anos a buscar cuidados médico-hospitalares.

No grupo de adultos jovens de 20 a 29 anos, a maior taxa de internação por causas externas aconteceu em Curitiba. Em Recife, em termos absolutos, o grupo das pessoas com 30 a 59 anos foi o que mais se internou pelas várias causas externas (2.757). Mas proporcionalmente, o segmento mais vulnerável é o dos idosos, cujo perfil de vitimização ressalta a importância dos acidentes de transporte e das agressões.

Os adultos de 20 a 29 e de 30 a 59 anos são os que apresentam maiores taxas de internações por acidentes de transporte e agressões no Distrito Federal. Destacamos que a

capital federal, juntamente com o Rio de Janeiro e em comparação com as capitais estudadas, apresenta as mais elevadas taxas de tentativas de suicídio nas referidas faixas etárias.

Como já dissemos, os dados de morbimortalidade, em toda a sua complexidade, estão descritos no capítulo 5 deste livro. Apenas chamamos atenção para alguns aspectos descritivos que podem servir de hipótese para estudos locais mais aprofundados ou de cunho operacional, visando a um planejamento dos serviços e da atuação setorial e intersetorial referenciados no perfil epidemiológico. Ressaltamos, ainda uma vez, que o perfil de mortalidade e o de morbidade das capitais estudados apenas evidencia as formas mais cruéis, visíveis e agressivas de violência. Precisa-se buscar, nos estudos locais, processos sociais e institucionais aparentemente banais e que alimentam a reprodução desses tipos de mortes e de lesões, afetando a integridade do corpo e do espírito dos indivíduos, bem como a qualidade da vida social.

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA POLITICA NACIONAL DE REDUÇÃO DE MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

Apresentamos, a seguir, as principais conclusões sobre o desenvolvimento da PNRMAV nas cinco capitais. Destacamos obstáculos e avanços, e o fazemos dentro um pensamento estratégico, valorizando os pontos mais críticos apontados por esta avaliação.

Adequação da oferta de serviços ao perfil epidemiológico

Consideramos ainda baixo o percentual de unidades das redes locais de saúde que realizam algum tipo de atendimento diferenciado às vítimas de acidentes e violências. Em termos percentuais, esses serviços não ultrapassam 10% da totalidade dos que foram analisados. Naturalmente a própria composição das redes tem como alicerce de sua pirâmide os serviços básicos, os centros de saúde e as unidades de saúde da família. Entretanto, justamente nesse nível seria de se esperar maior engajamento nas ações de prevenção e de acompanhamento das famílias e das vítimas. Tais unidades tiveram participação bem modesta em nosso estudo por não terem sido identificadas pelos gestores locais como atuantes diante da temática em pauta.

No outro extremo de complexidade da rede, a oferta de leitos de UTI é deficiente em todas as capitais estudadas, mas especialmente em Manaus. Essa deficiência hoje se configura como um grave problema para o adequado atendimento das vítimas de acidentes e violências.

Como pudemos constatar no capítulo 4, os idosos são, proporcionalmente, o segmento que mais se interna por causas externas em todas as áreas estudadas, exceto no Rio de Janeiro. Entretanto, não verificamos nenhum tipo de atenção diferenciada para essa parcela da população. A necessidade de atendimento hospitalar a adultos e crianças também ganha destaque por causa do perfil de hospitalização nas cinco localidades. Porém, esses grupos encontram uma acolhida mais adequada nos serviços.

O atendimento às famílias ainda não constitui uma prática realizada nos serviços em qualquer nível, com parcial exceção para Curitiba, onde 58% das unidades estudadas cuidam dessa inclusão. Ora, internacionalmente, sobretudo nos casos de violência que incluem o âmbito privado – é o caso das situações que afetam crianças, idosos e mulheres – existem serviços associados aos hospitais e aos equipamentos de atenção básica que cuidam da prevenção, seja por meio de encaminhamentos, seja por atividades próprias, acompanhando o tratamento das lesões e traumas. Ao não dar atenção às causas dos problemas, os serviços perdem preciosa oportunidade de reversão dos quadros, contribuindo, por sua omissão, para sua reincidência.

O atendimento médico

Seguindo uma linha tradicional de atuação – constitui a principal prioridade dos serviços que atuam nas conseqüências dos acidentes e violências. Tal foco é, literalmente, de vital importância. Contudo, a compreensão do complexo processo social envolto num caso de violência ou de acidentes sugere a necessidade de um atendimento multiprofissional. A parceria das unidades de saúde com as demais instituições que podem auxiliar no cuidado e acompanhamento das vítimas de acidentes e violência e apoiá-las na luta por seus direitos, precisa de maior investimento. Além da articulação com o Conselho Tutelar e com programas de assistência social, há uma grande diversidade de possibilidades pouco exploradas: interação com escolas dos bairros, com universidades, ONGs e grupos comunitários, entre outros. As unidades básicas e as unidades dos programas de saúde da família destacam-se no encaminhamento dos pacientes, mas são pouco articuladas para a contra-referência. Em outras palavras, estas unidades encaminham vítimas de acidentes e violências para os serviços conhecidos na rede para este tipo de atendimento, entretanto para as unidades básicas não são encaminhadas estas pessoas visando a um acompanhamento ou desdobramento da atenção.

Ações de prevenção são ainda muito pouco pensadas, institucionalizadas e empreendidas. Esta pesquisa mostra que apenas metade dos serviços que atendem as vítimas de acidentes e violência cuida dessa importante ação que tem centralidade na PNRMAV. Segundo o espírito dessa portaria, o foco do setor saúde precisa ser a promoção da qualidade de vida e não apenas contar ou tratar mortos e feridos.

Sobre o pré-hospitalar

É fundamental que a parceria entre o Corpo de Bombeiros e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) continue a ser fortalecida nos municípios estudados, especialmente no Rio de Janeiro, onde observamos acirramento das divergências na atuação. A competência e a experiência do Corpo de Bombeiros no Rio de Janeiro é um patrimônio local reconhecido em todo o país e precisa ser valorizado, inclusive do ponto de vista do suporte financeiro que o Ministério e a Secretaria de Saúde possam oferecer.

Como ponto positivo, destacamos a entrada do Samu nas cidades onde o resgate móvel não dispunha de centrais médicas de regulação e do atendimento feito por médicos nas ambulâncias, como é o caso de Manaus. Apesar de alguns problemas localizados que a mudança tem propiciado, em todas as capitais estudadas, e especialmente em Manaus, a implantação do Samu representa considerável benefício para a população. No entanto, chamamos atenção de várias discrepâncias na estruturação dos serviços nessas localidades.

Em Manaus, onde o Samu está sendo implantado, os serviços ainda não possuem ambulâncias do tipo D e E que respondem pelo suporte avançado de vida. O Samu de Recife não tem ambulâncias do tipo C, dificultando o resgate de vítimas em locais de difícil acesso. E no Distrito Federal somente há ambulâncias do tipo B e D, evidenciando baixa diversidade de opções.

A articulação do pré-hospitalar móvel com as demais unidades de saúde através de central de regulação é um ponto positivo apresentado nas capitais estudadas. Contudo, ao aferirem notas para essa interação, especialmente os gestores do Rio de Janeiro, do Distrito Federal e de Curitiba revelam insatisfação, atribuindo-lhe a nota 6,0. Nas entrevistas, os gestores também falam, especialmente no caso do Rio de Janeiro, de um sério entrave para a obtenção de vagas nos hospitais da rede que recebe as vítimas resgatadas. Esse aspecto interfere negativamente na rapidez do atendimento do o Grupamento de Socorro de Emergência (GSE) do Rio de Janeiro, que, apesar de sua eficiência, perde tempo precioso até a entrega do paciente numa unidade de saúde.

As decisões tomadas pelos gestores do Rio de Janeiro para solucionar os problemas de vaga nas unidades não têm sido completamente eficazes. As reuniões entre diretores e chefes de emergência dos hospitais públicos e representantes do Corpo de Bombeiros na Câmara Técnica do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj) vêm servindo para pactuar informalmente a oferta de leitos e trocar informações sobre a disponibilidade dos serviços. Entretanto, os acordos não instituem compromissos e responsabilidades formais entre secretarias, programas e hospitais.

Em resumo, o problema de baixa disponibilidade de vagas nos hospitais agrava a baixa articulação entre os setores de atendimento pré-hospitalar e hospitalar. Esse é um problema estrutural do SUS que precisa de alternativas viáveis, sobretudo nos serviços de atenção às vítimas de violências e acidentes.

Já o pré-hospitalar fixo, no que diz respeito às unidades não-hospitalares (PS-24 horas) apresenta como maior problema a ausência de especialistas que são estratégicos para o adequado atendimento às vítimas de acidentes e violências: cirurgiões gerais, ortopedistas, cirurgiões ortopedistas e radiologistas. A falta do apoio de assistentes sociais e psicólogos nesses serviços também precisa ser ressaltada.

Devemos assinalar também que a atenção prestada no pré-hospitalar fixo é de modesta complexidade e não garante a interdisciplinaridade ou multiprofissionalidade preconizada pela PNRMAV. Igualmente, os níveis de atenção básica não estão preparados para assumir a demanda de atendimentos que poderia ter resolutividade aí, o que acaba por

convergir para os hospitais de emergência. No âmbito dos hospitais de emergência, por outro lado, existe uma disponibilidade maior e mais adequada de equipamentos e medicamentos, exceto no Distrito Federal e em Manaus, o que faz que essa instância acumule atendimentos, tendo em vista as deficiências dos outros níveis.

Os ambulatórios especializados, ainda que sejam poucos nas localidades analisadas, realizam um atendimento relevante, estratégico e específico para as vítimas de violência e suas famílias. No seu âmbito, são realizados cuidados médicos, suporte psicológico e social. Sugerimos a necessidade de apoio e valorização constante de tais iniciativas para que tenham continuidade, possam aprofundar e expandir seu trabalho e garantam aos pacientes uma ação de cunho interdisciplinar.

Sobre o nível hospitalar

O pouco investimento na esfera de atenção básica, conforme já foi aqui assinalado, aliado a uma cultura popular (que busca uma atenção pontual e imediata para seus males) que leva ao uso indiscriminado de utilização dos hospitais de emergência ocasiona uma considerável sobrecarga para os hospitais em geral e, sobretudo, no caso das que atendem a agravos provocados por violências e acidentes. Essa situação é encontrada em todas as cinco capitais estudadas, agravando a constatada insuficiência de leitos de emergência e de UTI.

Em Manaus, por exemplo, a referida situação é evidente, pois a estrutura precária e deficiente dos serviços de saúde nos demais municípios torna a rede da capital responsável pela atenção à saúde da população do Estado do Amazonas, sobretudo nos níveis de urgência e emergência. Mas, ainda assim, a esfera hospitalar é vista pelos gestores como o nível de atendimento mais adequado na prestação de serviços às vítimas de acidentes e violências.

Em Recife, a situação de superlotação também se evidencia no âmbito hospitalar e observamos déficit de leitos próprios no setor de emergência e de UTI.

No Distrito Federal, a maior dificuldade se evidencia nas áreas de UTI e de UTI semi-intensivo, onde faltam leitos e investimentos suficientes, e os leitos existentes de UTI não estão dispostos de forma adequada. Não cumprem as proporcionalidades para UTI adulta e pediátrica, tampouco estão de acordo como o nível de complexidade face ao número de leitos totais dos hospitais.

Mas o problema agravado no Distrito Federal está presente em todas as capitais estudadas. Nenhuma apresenta estrutura satisfatória e adequada dos serviços de UTI, devendo ser considerado um problema que exige solução.

Em relação à organização, no Rio de Janeiro, a rede se caracteriza por dispor de serviços de referência com alta qualificação técnica, mas atuando de forma bastante desarticulada. A capital apresenta serviços e recursos humanos qualificados, mas sempre insuficientes em relação à demanda. No âmbito de organização das informações, existem várias deficiências: faltam insumos, equipamentos e a manutenção dos mesmos é inadequada.

Em Curitiba, todos os hospitais estão articulados à central de regulação e a estrutura para atendimento é considerada adequada, mas os gestores reconhecem pontos de tensão e estrangulamento do sistema em determinados horários do dia e datas especiais. O consumo de álcool, um dos problemas que afligem os gestores locais por causa de sua associação com acidentes e agressões, é pouco tratado nos planejamentos e ações preventivas.

Todas as cinco localidades estudadas possuem deficiências importantes na articulação entre os serviços de referência e contra-referência. E as ações de prevenção e de promoção da saúde na esfera hospitalar ou são inexistentes ou não são registradas.

A composição das equipes nos diferentes níveis está muito longe de cumprir o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Exceção seja feita à cidade de Curitiba, que possui o número adequado inclusive de especialistas.

Ressaltamos alguns pontos positivos encontrados nas cinco cidades estudadas. A maioria dos hospitais dispõe de mecanismos próprios de articulação com outros serviços para realização de transporte e transferência de pacientes, para suporte ininterrupto de laboratório de radiologia e de patologia clínica, além de estar articulada à Central de Regulação ou a uma rede pactuada pelo município.

Enfatizamos também que, em todas as capitais analisadas, a maioria dos hospitais dispõe de rotinas e protocolos para atenção às vítimas de acidentes e violências acessíveis aos profissionais, embora nos tenha sido dito que poucos são os profissionais que consultam esses instrumentos disponíveis.

Igualmente positivo, constatamos que, nas cinco localidades, tem havido um trabalho intencional de adequar as estruturas e os recursos disponíveis visando a dar atenção às vítimas de acidentes e violências. No entanto, também em todas elas existe insuficiência tanto de estruturas como de recursos para atender adequadamente à demanda. Constatamos ainda e ressaltamos a disponibilidade e uso adequado de recursos tecnológicos nos hospitais da rede nas cinco localidades. No entanto, também nesse ponto, registramos insuficiência.

Sobre atendimento de reabilitação

Observamos que a área de reabilitação necessita ainda de avanços consideráveis para que as principais diretrizes da PNRMAV sejam implementadas nas capitais estudadas. O desenvolvimento da Política na área de reabilitação requer que desafios, como a falta de interlocução entre os diversos setores envolvidos, sejam vencidos. Cada uma das cinco localidades apresenta peculiaridades que devem ser consideradas no planejamento e na organização dos serviços.

Para o adequado cuidado aos seqüelados por causa das violências e acidentes, algumas ações nas localidades estudadas buscam integrar o paciente e sua família ao atendimento hospitalar através de mecanismos de informação, sensibilização, educação. Existe, em todas elas, uma preocupação específica com a adequada informação aos gestores e aos profissionais de saúde sobre seus papéis na orientação dos portadores de seqüelas e seus familiares. Porém, isto acontece de forma tênue em Brasília, Manaus, Recife e de forma mais positiva

em Curitiba e no Rio de Janeiro. No entanto, nas capitais estudadas, a oferta de orientação não está institucionalizada e nem recobre todos os serviços.

Na estrutura dos serviços de reabilitação que atendem às vítimas de acidentes e violências, são muitas as debilidades constatadas. Destacamos, como muito problemáticos: fraco acompanhamento pós-hospitalar; deficiente transporte de pacientes seqüelados; descontinuidade na distribuição de medicamentos e no treinamento para uso de órteses e próteses.

A rede de atenção em reabilitação é pequena para a dimensão do problema na população e tem privilegiado o atendimento de pessoas com deficiências físicas – havendo um hiato sobre as seqüelas mentais – em detrimento do acompanhamento, valorização e suporte às vítimas e a suas famílias. Além disso, a contratação de novos profissionais para a rede pública se faz necessária já que aumenta, a cada dia, a fila de espera para reabilitação e para a dispensação de órteses, próteses e cadeiras de rodas.

Outros problemas como a falta de melhor aporte financeiro para esta área, a definição de protocolos assistenciais de atendimento específicos para esta clientela e melhoria nos registros das informações geradas foram também apontados por gestores nas cidades analisadas como 'nós críticos' que impedem avanços necessários.

Sobre promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis

Se são ainda incipientes ou insuficientes as iniciativas e ações voltadas para as três grandes áreas de atendimento as vítimas de acidentes e violência, mais o são as ações relacionadas à promoção e à prevenção desses agravos nas cidades investigadas.

No entanto, algumas propostas já vêm sendo implementadas, apesar de tímidas. No Distrito Federal, são relatadas ações de promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde, através do Núcleo de Estudos e Programas para Acidentes e Violências (Nepav), na Subsecretaria de Atenção à Saúde/SAS/SES, e do setor de Vigilância Epidemiológica das Doenças Não-Transmissíveis (Vedant) na Subsecretaria de Vigilância Epidemiológica/VE/SES.

Os Núcleos de Prevenção às Violências nos municípios que funcionam com apoio do Ministério da Saúde também possuem uma linha de ação estratégica voltada para prevenção e promoção de ambientes saudáveis. No entanto, esses núcleos estão em estágio de implantação e desenvolvimento ainda muito distintos nas localidades avaliadas.

Capacitação de recursos humanos

Para que se realize a plena implementação da PNRMAV (Brasil, 2001a) é necessário investimento contínuo na formação e treinamento dos profissionais. A capacitação em núcleos de educação em urgência hoje é realizada em quatro das cidades estudadas que apresentam o Samu como responsável pelo atendimento pré-hospitalar. A exceção se encontra no Rio de Janeiro, onde ainda não está implantado um Núcleo de Educação em Urgências.

Em compensação, existe um excelente serviço de treinamento em nível pré-hospitalar a cargo do GSE-RJ. O pré-hospitalar também possui um processo de formação permanente de seus quadros para o registro e a sistematização das informações.

Nos hospitais, a capacitação para o atendimento e o adequado registro das causas externas são processos muito dispersos. Nesses serviços observamos grande resistência dos gestores para liberação de seu pessoal, pois isso implica uma queda de produtividade no atendimento, sendo importante obstáculo para a participação dos profissionais nas várias formas de capacitação.

Monitoramento de acidentes e violências

Entendemos que o monitoramento dos acidentes e violências é fundamental para desenvolver ações de acordo com a realidade local. Para que essa adequação ocorra, existe necessidade de aumento de cobertura do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM/SUS); melhor qualificação da informação sobre causas externas nas declarações de óbito, reduzindo-se o número de eventos com intenção indeterminada; capacitação dos profissionais que lidam com os dados em nível local, com destaque para os profissionais dos Institutos Médicos Legais; e integração e comunicação entre as bases de dados sobre acidentes e violências que existem nas localidades.

Observamos avanço positivo no processo de monitoramento dos dados de acidentes e violências no Rio de Janeiro, em Manaus e em Curitiba. No Distrito Federal e Recife esse processo precisa ser incrementado. E em todas as cinco localidades existe muito a ser melhorado nesse particular. Por exemplo, é uma realidade constatada em toda a área de pré-hospitalar móvel a não utilização dos dados locais para planejamento, organização e análise dos serviços de atendimento as vítimas de violências e acidentes. Nesse mesmo nível de atenção, não existe integração do banco de dados específico com bancos de outras instituições. Quando existe, essa interação é bastante precária.

O sistema de registro sobre acidentes e violências – nos três níveis de atenção – é ainda muito pouco fidedigno e pouco eficiente, pois existem problemas desde a origem e geração dos dados até a sua consolidação. Inúmeras limitações que incluem a visão do profissional que registra sobre o fato, o que freqüentemente é feito com um subjetivismo inaceitável até o puro e simples descaso na notificação, indicam um longo caminho a ser sistematicamente seguido nesse processo. Mas, infelizmente, temos de ressaltar a falta de investimento na capacitação de pessoal para a execução de registros eficientes. Nesse particular, observamos uma exceção positiva em Curitiba, onde todos os serviços possuem sistemas de registros sobre os atendimentos as vítimas de violência e acidentes. Porém, mesmo aí, os dados não são de fácil acesso à consulta e à análise por parte dos profissionais que atendem.

Analisando a situação de notificação (obrigatória) sistemática de violências contra crianças e adolescentes nas diferentes cidades, observamos que este dispositivo está sendo mais bem cumprido nos níveis pré-hospitalar e hospitalar. O Rio de Janeiro se destaca pela qualidade dos registros nesse particular.

Avaliando os dados de mortalidade por acidentes e violências nos municípios estudados, constatamos que no Rio de Janeiro, 10,9%, e em Recife, 8,5% dos óbitos por causas externas não tiveram a causa básica esclarecida, o que indica um espaço potencial e necessário para o investimento na melhoria dos registros. Em Manaus, os dados de morbidade referenciam elevadíssimas proporções de eventos cuja intenção "é indeterminada". Esse grupo de informações imprecisas abrange mais de 80% das internações por causas externas na capital. Nesta cidade também chama atenção a ausência de registros de suicídio, em todas as faixas etárias. Tais deficiências estão clamando por urgente necessidade de investimento na formação de pessoal para qualificação dos registros.

Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

Nas cinco cidades estudadas, observaram-se iniciativas para o desenvolvimento do conhecimento acerca dos acidentes e violências. Destaque deve ser dado ao Rio de Janeiro, do ponto de vista acadêmico. Mas nessa capital, como nas outras, é necessário que tal diretriz se insira dentro das políticas públicas locais, voltadas para o tema, propiciando a realização de estudos que sejam capazes de aprofundar problemas específicos e modos peculiares de atuação local frente a eles.

É preciso também haver uma continuidade de investimentos em pesquisas nacionais nas diferentes vertentes tratadas pela PNRMAV, a modo do que foi feito em 2003 pelo Ministério da Saúde em cooperação com o CNPq. Recomendamos que os estudos tanto locais como nacionais, além de responderem aos problemas levantados pela prática, tenham cunho estratégico, voltado para a solução de problemas. Entendemos ser de fundamental importância pesquisas avaliativas que monitorem e acompanhem os núcleos de prevenção que estão sendo implantados pelo Ministério da Saúde. E também que sejam incentivadas parcerias das universidades com os serviços e redes de saúde.

BALANÇO DA IMPLEMENTAÇÃO DA PNRMAV NAS CINCO CAPITAIS

Em Manaus, a implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências é um processo bastante recente, que se iniciou em 2006. O ponto que vem apresentando uma perspectiva positiva é a implantação do Samu, substituindo o sistema anterior de atenção pré-hospitalar, bastante precário.

Em Recife, o processo vem se aprofundando há mais tempo e podemos registrar já alguns avanços. Na área pré-hospitalar, a estruturação do Samu e a criação do comitê gestor responsável pela Rede Pactuada de Atendimento às Emergências do Estado. Esse comitê vem discutindo a organização dos hospitais gerais e de emergência com ênfase na recuperação de toda a rede hospitalar da Região. Na formação de recursos humanos, tem avançado o processo de capacitação dos profissionais através dos núcleos de educação em urgência já implantados no município. Na integração das ações, tem havido avanço na articulação entre a área do pré-hospitalar fixo com algumas unidades básicas que atendem crianças e adolescentes vítimas de acidentes e violência.

No Rio de Janeiro tem avançado a diretriz da PNRMAV concernente à promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis por meio do projeto Qualisus; da Política Nacional de Humanização (Humanizasus) e do Projeto Jovens Promotores de Saúde. Esse avanço ocorre também na organização dos serviços que prestam o atendimento pré-hospitalar móvel. Porém, fatores como a complexidade do sistema de saúde no município; a precariedade e insuficiência da rede de atenção básica (que resulta na sobrecarga de demanda nas emergências, retarda as altas hospitalares. Também prolonga a ocupação dos leitos hospitalares com pacientes cujo tratamento e pós-operatórios poderiam se dar na rede básica e ambulatorial). Existe ainda a fragmentação e desarticulação dos serviços de saúde; a complexidade da rede hospitalar formada por instituições governamentais municipais, estaduais e federais, cada uma delas dependente de autoridades diferentes que muitas vezes não se entendem. Por fim a demanda da população proveniente de outros municípios aos serviços da capital é apontada pelos gestores como entraves que dificultam a implantação efetiva da PNRMAV no município.

Das cinco capitais, Curitiba é a cidade com melhor nível de implementação da PNRMAV. Seu atendimento pré-hospitalar móvel é bastante organizado e compatível com as normas técnicas do MS para esta área. Além do Samu, esse município conta com o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (Siate), realizado pelo corpo de bombeiros para o atendimento às vítimas. Tem avançado também na área do pré-hospitalar fixo, com unidades básicas prestando atendimento as vítimas de acidentes e violências apesar das dificuldades relacionadas, principalmente, ao número insuficiente de profissionais, de estrutura física e de equipamentos. A área hospitalar, apesar de mostrar adequação, também sofre com problemas relacionados às instalações físicas, número de profissionais e insumos. O setor de reabilitação ainda necessita de maiores investimentos.

A implantação das diretrizes da PNRMAV no Distrito Federal é bastante incipiente. A falta de articulação intersetorial entre gestores tem dificultado a efetiva aplicação da Política. Além disso, questões relacionadas à falta de recursos humanos, de recursos orçamentários e de participação dos usuários no processo decisório vêm sendo apontadas por gestores e profissionais como fatores limitantes cruciais.

Com relação aos avanços na implementação das principais diretrizes da Política Nacional, destacamos, no Distrito Federal: (a) a criação, pela SES, do Núcleo de Estudos e Programas para Acidentes e Violências (Nepav) que tem realizado ações voltadas para promoção e prevenção aos agravos provocados por acidentes e violências; (b) a Rede Intersetorial de Atenção as Vítimas de Violência, que reúne mensalmente órgãos governamentais e não-governamentais (Secretaria de Educação, Segurança Pública, Ação Social, entre outros) objetivando a articulação das ações e a busca por alternativas conjuntas de prevenção e atendimento as vítimas de acidentes e violências. Como estratégia de descentralização local para viabilizar ações de capacitação de profissionais para prevenção primária e secundária, notificação, atendimento e encaminhamento de vítimas e população de risco, o Distrito Federal possui implantado o Programa para Prevenção aos Acidentes e Violência (PAV).

Conta também com o Núcleo Acadêmico ligado à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UNB), que realiza estudos e pesquisas voltadas para os determinantes da violência na cidade.

Em geral, os gestores das três grandes áreas de atendimento às vítimas de acidentes e violências nas diferentes cidades reconhecem importância dessa política na estruturação e articulação intersetorial e apontam a diretriz de prevenção e promoção de ambientes saudáveis como o grande avanço para redução da morbimortalidade por acidentes e violências nas cidades.

A falta de investimento, seja através de recursos financeiros ou de capacitação de pessoal, tem sido apontada como fator que dificulta a implantação da política em sua integralidade. Além disso, por se tratar de uma política multissetorial, não ser exclusiva do setor saúde e demandar a integração de várias instâncias para sua efetiva implementação nos municípios, a PNRMAV é um desafio crucial para o setor saúde.

Temos de confessar que investimos pouco em questões relativas aos agravos emocionais provocados por violências e acidentes. Se há tantas lacunas em relação aos aspectos biomédicos, com certeza, são maiores as atinentes ao campo do sofrimento mental. Acreditamos que este seria um tópico específico para pesquisas futuras.

Entendemos que, mesmo com todos os percalços constatados, este estudo apresenta passos importantes realizados na direção da implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. E queremos, ao encerrar, reconhecendo a importante contribuição de todos os atores – políticos, gestores, profissionais, pesquisadores, membros da sociedade civil – responsáveis pelo processo de inclusão desse tema no setor saúde. Não tem sido uma construção fácil.

A partir dos dados encontrados, podemos concluir que as dificuldades são diferentes em cada local e que falta ainda um longo caminho a ser percorrido no processo de institucionalização dessa política. Por outro lado, resultados conseguidos em aspectos específicos do cumprimento das diretrizes, em cada uma das capitais estudadas, indicam que o longo caminho não é um infinito em abstrato e de alcance impossível. Pelo contrário, os sucessos parciais reconhecidos pela avaliação das ações propostas pelo PNRMAV são prova de que é possível realizá-las, ampliá-las e universalizá-las a favor da vida dos cidadãos brasileiros.

Referências

ALBUQUERQUE, V. S. & MINAYO, M. C. S. Atendimento pré-hospitalar de emergência: referenciais técnicos, gestão dos serviços e atuação profissional. *Cadernos de Saúde Pública*, no prelo.

AMIRALIAN, M. L. T. et al. Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*, 34(1): 97-103, 2000.

ASSIS, S. G. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectiva para o futuro. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (supl. 1): 126-134, 1994.

AYRES, J. R. C. M. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1): 15-17, 2004.

BAKER, A. A. Granny battering. *Modern Geriatrics*, 5: 20-24, 1975.

BARRETO, M. L. & CARMO, H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C. A. (Org.) *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, Nupens, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM, 737, 16 maio 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 96, 2001a. Seção 1e.

BRASIL. Portaria GM/MS, 1.968, 2001. Dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação de suspeita ou confirmação de maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes aos conselhos tutelares. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Portaria GM/MS, 1.969, 2001. Dispõe sobre o preenchimento de campos obrigatórios na autorização de internação hospitalar em casos de causas externas, acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS, 969, 2002. Dispõe sobre ficha de atendimento ambulatorial de emergência para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001d.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil*. Brasília: Ministério da Justiça, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS, 970, 2002. Dispõe sobre a aprovação e implantação do Sistema de Informações em Saúde para os Acidentes e Violências (Sisav). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Especial de Direitos Humanos. *Estatuto da Pessoa Idosa*. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2003a.

BRASIL. Presidência da República. Lei 10.778, 24 nov. 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Presidência da República. Lei 10.886, 17 jun. 2004. Acrescenta parágrafos ao artigo 129 do decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, criando o tipo especial denominado "violência doméstica". Publicada no DOU de 18/6/2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM, 1.864, 29 set. de 2003 In: *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM, 2.048, 5 nov. 2002. In: *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Redução de Acidentes e Violências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Especial de Direitos Humanos. *Plano de Ação de Enfretamento da Violência Contra a Pessoa Idosa*. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica sobre Anticoncepção de Emergência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005e.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual: matriz pedagógica para formação de redes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. População estimada atualizada em março de 2006. Disponível em: <www.dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza>. Acesso: 13 dez. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)*. Disponível em: <www.tabnet.datasus.gov.br>. Acesso: 13 dez. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)*. Disponível em: < www.tabnet.datasus.gov.br>. Acesso: 13 dez. 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM, 1.356, 23 junho 2006. Institui incentivo aos estados, Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em

Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006e.

BRICEÑO-LEÓN, R. (Org.) *Violencia, Sociedad y Justicia en América Latina*. Buenos Aires: Clacso, 2002.

BURSTON, G. R. Granny baterring. *British Medical Journal*, 3: 592, 1975.

CHAMPION, H. R. et al. The major trauma outcome study: establishing national norms for trauma care. *The Journal of Trauma*, 30: 1356-1365, 1990.

CHESNAIS, J. C. *Histoire de la Violence en Occident de 1800 à nos Jours*. Paris: Robert Laffont, 1981.

COMMITTEE ON TRAUMA OF THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Hospital and prehospital resources for optimal care of the injured patient. *Bulletin of the American College of Surgeons*, 71: 1-56, 1986.

CONCEFET (Conselho de Dirigentes dos Centros Federais de Educação Tecnológica). Disponível em: <http://www.concefet.org.br/ admin/eventos.arquivos/52o.Reunião>. Acesso em: 13 dez. 2006.

CONCHA-CASTAMAN, A. & VILLAVECES, A. *Guias para el Diseño, Implementación y Evaluación de Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia y Lesiones*. Washington: Opas/OMS, 2001.

CURITIBA (Prefeitura). *Acidentes de Trânsito: fontes alternativas de dados para estudos*. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2002a.

CURITIBA (Prefeitura). *Notificação Obrigatória da Violência ou Suspeita de Violência contra a Criança e Adolescente: construindo uma rede de proteção*. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, Instituto de Pesquisa e Planejamento de Curitiba e Secretaria Municipal da Saúde, 2002b.

DENZIN, N. K. *The Research Act*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1973.

DESLANDES, S. F. *Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

DESLANDES, S. F. et al. Diagnostic characterization of services providing care to victims of accidents and violence in five Brazilian state capitals. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(2): 385-396, 2006.

FACCHINI, L. A. et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4): 857-867, 2005.

FLEISS, J. L. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. New York: John Wiley & Sons, 1981.

GAWRYSZEWSKI, V. P. *A Mortalidade por Causas Externas no Município de São Paulo - 1991*, 1995. Dissertação de Mestrado: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. *Urgências e Emergências em Saúde*: *perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GOMES, R. et al. Success and limitations in the prevention of violence: a case study of nine Brazilian experiences. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(2): 397-408, 2006.

GONÇALVES, H. S. & FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos Saúde Pública*, 18(1): 315-319, 2002.

GOUVEA, C. S.; TRAVASSOS, C. & FERNANDES, C. Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil - 1992 a 1995. *Revista de Saúde Pública*, 31(6): 601-617, 1997.

HAYASHI, Y.; HIRADE, A. & MORITA, H. An analysis of time factors in out-of-hospital cardiac arrest in Osaka Prefecture. *Resuscitation*, 53: 121-125, 2002.

HEISE, L. *Violence against Women: the hidden health burden.* Discussion paper prepared for the World Bank. Washington: World Bank, 1994. (Mimeo.)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2004a. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004/pibmunic2004.pdf>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Produto Interno Bruto dos Municípios. Rio de Janeiro: 2004b. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004/pibmunic2004.pdf>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2004c.

IUNES, R. F. Impacto econômico das causas externas no Brasil: esforço de mensuração. *Revista de Saúde Pública*, 31: 38-46, 1997.

JONES, J. & HUNTER, D. Consensus methods for medical and health services research. *British Medical Journal*, 331: 153-168, 1995.

KEMPE, C. H. et al. The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181: 17-24, 1962.

KFOURI, E. V.; NOSOW, E. & HORTA FILHO, H. C. A qualidade das informações sobre vítimas fatais em acidentes de trânsito. *Revista da Abramet*, 33/34: 38-43, 2000.

KRUG, E.G. et al. *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra: OMS, 2002.

LANDIS, J. R. & KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics,* 33: 159-174, 1977.

LEAL, S. M. C. & LOPES, M. J. M. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o olhar da enfermagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2): 419-431, 2005.

LEBRÃO, M. L.; MELLO JORGE, M. H. P. & LAURENTI, R. Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4): 26-37, 1997.

LECHLEUTHNER, A. Evolution of rescue systems: a comparision between Cologne and Cleveland. *Prehospital and Disaster Medicine*, 9: 193-197, 1994.

MATHIAS, T. A. F. & SOBOLL, M. L. M. S. Confiabilidade de diagnóstico nos formulários de autorização de internação hospitalar. *Revista de Saúde Pública*, 32: 526-537, 1998.

MELLO JORGE, M. H. P. Como morrem os nossos jovens. In: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (CNPD). *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*. Brasília: CNPD, 1998.

MELLO JORGE, M. H. P.; CASCÃO, A. M. & SILVA, R. C. *Acidentes e Violências: um guia para o aprimoramento da qualidade de sua informação*. São Paulo: MS/USP/OPS, 2003. (Divulgação, 10)

MENDES, M. F. M.; FREESE, E. & GUIMARÃES, M. J. B. Núcleos de epidemiologia em hospitais de alta complexidade da rede pública de saúde situados no Recife, Pernambuco: avaliação da implantação. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil*, 4(4): 435-447, 2004.

MINAYO, M. C. S. (Org.) *Bibliografia Comentada da Produção Científica Brasileira sobre Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Panorama, 1990.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (supl.1): 7-18, 1994.

MINAYO, M. C. S. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R. (Orgs.) *Violência sob o Olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: SOUZA, E. R. & MINAYO, M. C. S. (Orgs.) *Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINAYO, M. C. S. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(2): 375-384, 2006.

MINAYO, M. C. S. & SANCHEZ, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3): 239-262, 1993.

MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1): 7-32, 1999.

MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R. (Orgs.) *Violência sob o Olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R. *Avaliação do processo de implantação e implementação do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: municípios de Recife, Belo Horizonte, Goiânia, São Paulo e Curitiba*. Relatório Final de Pesquisa. Rio de Janeiro: Claves, 2006.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. & ASSIS, S. G. (Orgs.) *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

NIKKANEN, H. E.; POUGES, C. & JACOBS, L. M. Emergency medicine in France. *Annals of Emergency Medicine*, 31(1): 116-120, 1998.

NJAINE, K. Qualidade da informação sobre morbimortalidade por causas externas. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz/Claves, 2006. (Texto produzido para o curso de educação à distância Impactos da Violência sobre a Saúde)

NJAINE, K. & REIS, A. C. Qualidade da informação sobre acidentes e violências. In: SOUZA, E. R. & MINAYO, M. C. S. (Orgs.) *Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

NJAINE, K. et al. Network for prevention of violence: from utopia to action. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(2): 409-418, 2006.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 3: 509-583, 1971.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). CIDDM-2: Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação. Resolução 37/52 de 3 dez. 1982. Disponível em: <www.who.int>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10*. 10. rev. São Paulo: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Salud Mundial*. Genebra: OMS: 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Violencia y Salud*: Resolución n. XIX. Washington: Opas, 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Indicadores Básicos de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasil: Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa, 2002.

PEPE, P. E. et al. The relationship betwen total prehospital time and outcome in hypotensive victims of penetrating injuries. *Annals of Emergency Medicine*, 16: 293-297, 1987.

PIRES, J. M. et al. Barreiras para notificação pelos pediatras de maus tratos infantis. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil*, 5(1): 103-108, 2005.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Atlas de Desenvolvimento Humano. [s. l.]: Pnud, 2003. Disponível em: <www.pnud.org.br/atlas>.

RAINER, T. H. et al. An evaluation of paramedic activities in prehospital trauma care. *Injury*, 28: 623-627, 1997.

RAMOS, S. Brazilian responses to violence and new forms of mediation: the case of the Grupo Cultural Afroreggae and the experience of the project of Youth and Police. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(2): 419-428, 2006.

RASKA, K. The epidemiological surveillance programme. *Journal of Hygiene and Epidemiology*, 8: 137-168, 1964.

SANTOS, A.; VIDOTTO, L. S. & GIUBLIN, C. R. A utilização do método Delphi em pesquisas na área da gestão da construção. *Ambiente Construído*, 5(2): 51-59, 2005.

SOUZA, E. R. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (supl.1): 45-60, 1994.

SOUZA, E. R. Processos, sistemas e métodos de informação em acidentes e violências no âmbito da saúde pública. In: MINAYO, M. C. S. & DESLANDES, S. F. (Orgs.) *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SOUZA, E. R. & LIMA, M. L. C. The panorama of urban violence in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(2): 363-374, 2006.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. & VEIGA, J. P. C. Violência interpessoal: homicídios e agressões. In: SOUZA, E. R. & MINAYO, M. C. S. (Orgs.) *Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

SOUZA, E. R.; NJAINE, K. & MINAYO, M. C. S. Qualidade da informação sobre violência: um caminho da construção da cidadania. *Informare*, 2: 104-112, 1996.

SOUZA, E. R. & SOUZA, M. C. S. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil nos anos 80. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) *Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec, 1995.

SOUZA, E. R. et al. Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90. In: MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R. (Orgs.) *Violência sob o Olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

STREINER, D. L. & NORMAN, G. R. *Health Measurement Scales: a practical guide to their development and use*. 2. ed. Oxford: Oxford University Press; 1995.

THACKER, S. B. & BERKELMAN, R. L. Public health surveillance in the United States. *Epidemiology Reviews*, 10: 164-190, 1988.

TEUTSCH, S. M. & THACKER, S. B. Planificación de un sistema de vigilancia en salud pública. *Boletín Epidemiológico da Organización Panamericana de la Salud*, 16(1): 1-7, 1995.

THURSTON, W. E. & EISENER, A. C. Successful integration and maintenance of screening for domestic violence in the health sector: moving beyond individual responsibility. *Trauma Violence Abuse*, 7(2): 83-92, 2006.

TRUNKEY, D. D. Trauma. *Scientific American,* 249: 2027, 1980.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Situação da Infância Brasileira 2006: crianças de até 6 anos - o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento*. Brasília: Unicef, 2006.

VARELA, J. Los métodos de consenso en el sector sanitario. *Gaceta Sanitaria*, 5: 1.114-1.116, 1991.

VINCENT, S. P. *O Trabalho e a Educação em Urgência Pré-Hospitalar no Rio de Janeiro: desenvolvimento da competência e da autonomia profissional*, 2005. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Informe Epidemiológico do SUS*, 5(3): 87-107, 1998.

WALDMAN, E. A. & MELLO JORGE, M. H. Injury surveillance: a tool for prevention and control strategies. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1): 71-79, 1999.

WHITAKER, I. Y.; GUTIÉRREZ, M. G. R. & KOIZUMI, M. S. Gravidade do trauma avaliada na fase pré-hospitalar. *Revista da Associação Médica Brasileira,* 44(2): 111-119, 1998.

WOLF, R. S. Maltrato em ancianos. In: ANZOLA PEREZ, E. (Org.) *Atención de los Ancianos: um desfio para los noventa*. Washington: Opas, 1995.

WRIGHT, J. T. C. & GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 1(12): 54-65, 2000.

Anexos

| Anexo 1

CENTRO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE VIOLÊNCIA E SAÚDE

Projeto

Análise diagnóstica de sistemas locais de saúde para atender aos agravos provocados por acidentes e violências.

ESBOÇO DE ROTEIRO PARA CONSULTA AOS ESPECIALISTAS

1. Quais dados/informações o(a) senhor(a) acha que seriam importantes de serem pesquisados para se fazer um diagnóstico do atendimento (pré-hospitalar/hospitalar/de reabilitação) às vítimas de acidentes e violências aqui no município?

   (observação: deixar o entrevistado falar livremente, depois questionar se ele(a) teria algum dado que devesse ser investigado em relação à estrutura física/material do serviço; à qualidade do serviço; à integração do serviço com os demais da rede e de outros setores além da saúde)

2. Onde seria possível obter estes dados/informações que o(a) senhor(a) sugeriu?

3. O(a) senhor(a) indicaria alguma pessoa/instituição para este contato?

| Anexo 2

PESQUISA: ANÁLISE DIAGNÓSTICA DE SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE PARA ATENDER AOS AGRAVOS PROVOCADOS POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

Dados obtidos por Visita: ☐

Dados obtidos por Telefone: ☐

CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E PROGRAMAS DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Município: ____

Nome da Instituição: ____

Nome do Serviço/Programa: ____________________________________

Endereço: ____

Bairro: ____________ CEP:__________ Tel: __________ E-mail:________

Classificação da Instituição: 1. ☐ Organização-Governamental (OG)

Classifique a Unidade: (unidade básica, ambulatório, emergência, unidade de saúde da família, maternidade, etc): ____________________________________

2. ☐ Organização NÃO-Governamental (ONG)

Classifique a Unidade: (institutos sociais ligados a empresas, instituição religiosa, instituição acadêmica, organismo internacional, etc): ______________________________

1 - A instituição é: *(Marcar uma opção)*

1- Governamental Municipal	( )
2- Governamental Estadual	( )
3- Governamental Federal	( )
4- Conveniada C/SUS	( )
5- Organização Não-Governamental	( )
6- Fundação/Instituição/Empresa (não ONG)	( )
7- Outro tipo. Qual?_______________________	( )

2 - Qual a população de pessoas em situação de acidentes/violências que o Serviço/ Programa atende: *(Responder todas as linhas)*

	Sim	Não
2a- Crianças (0-9 anos)	1. ( )	2. ( )
2b- Adolescentes (10-19 anos)	1. ( )	2. ( )
2c- Jovens (20-24 anos)	1. ( )	2. ( )
2d- Homens	1. ( )	2. ( )
2e- Mulheres	1. ( )	2. ( )
2f- Idosos	1. ( )	2. ( )
2g- Familiares das vítimas	1. ( )	2. ( )

3 - O Serviço/Programa atende a pessoas de: *(Marcar apenas uma opção)*

1- Parte do município	( )
2- Todo o município	( )
3- Município e outros municípios vizinhos	( )

4 - Qual é o grau de institucionalização deste Serviço/Programa: *(Marcar apenas uma opção)*

1- Formalmente institucionalizada;	( )
2- Em fase de institucionalização;	( )
3- Informal (por iniciativa dos profissionais envolvidos);	( )
4- Outro. Qual?________________________________	( )

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACIDENTES/VIOLÊNCIAS

5 – O Serviço/Programa realiza alguma ação de prevenção aos acidentes/violências?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

Se responder sim, quais: ____

6 - Como chegam ao Serviço/Programa as pessoas que recebem as ações/atendimento? *(Responder todas as linhas)*

	Sim	Não
6a- Espontaneamente	1. ( )	2. ( )
6b- Encaminhadas por instituição. Qual?____________	1. ( )	2. ( )
6c- Trazidas por um familiar. Qual? ______________	1. ( )	2. ( )
6d- Trazidas por um amigo.	1. ( )	2. ( )
6e- Outras maneiras. Quais? ____________________	1. ( )	2. ( )

7 – Descreva os objetivos do Serviço/Programa de atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências (salvar a vida, reabilitação física, orientar sobre direitos, etc):

____

____

____

8 – Descreva as atividades de atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências:

____

____

____

9 - Que tipos de ações e meios de atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências são desenvolvidos? *(Responder todas as linhas)*

	Sim	Não
9a- Atendimento pré-hospitalar móvel	1. ( )	2. ( )
9b- Atendimento pré-hospitalar fixo	1. ( )	2. ( )
9c- Atendimento hospitalar	1. ( )	2. ( )
9d- Reabilitação física	1. ( )	2. ( )
9e- Atendimento ambulatorial	1. ( )	2. ( )

9f- Suporte social	1. ( )	2. ( )
9g- Visita domiciliar	1. ( )	2. ( )
9h- Acompanhamento psicológico	1. ( )	2. ( )
9i- Grupo de pais	1. ( )	2. ( )
9j- Grupo de crianças/adolescentes/jovens/mulheres/idosos	1. ( )	2. ( )
9k- Grupo de sala de espera	1. ( )	2. ( )
9l- Oficinas de prevenção à violência	1. ( )	2. ( )
9m- Palestras	1. ( )	2. ( )
9n-Distribuição de material educativo sobre proteção/prevenção à violência	1. ( )	2. ( )
9o- Outros. Quais?________________________________	1. ( )	2. ( )

10 - Assinale os outros serviços usualmente envolvidos no atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências. *(Responder todas as linhas)*

	TIPO DE SERVIÇO	Encaminha Pacientes		Recebe Pacientes	
		Sim	Não	Sim	Não
10a-	Unidade Básica de Saúde	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10b-	Unidade do Programa Saúde da Familia	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10c-	Pronto-socorro	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10d-	Serviço de Resgate	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10e-	Ambulatório especializado	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10f-	Hospital geral	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10g-	Emergência hospitalar	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10h-	Hospital especializado	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10i-	Reabilitação	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10j-	Conselho Tutelar	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10k-	Vara da Infância e Juventude	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10l-	Centros de Defesa de Direitos	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10m-	Escola	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10n-	Delegacia Comum	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10o-	Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10p-	Delegacia de atendimento à Mulher	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10q-	Delegacia de atendimento ao Idoso	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10r-	Programas de assistência social	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10s-	Grupos de apoio (comunitário, auto-ajuda) Quais?________________________________	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10t-	ONG	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10u-	Universidade	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10v-	Igreja	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )
10x-	Outros. Quais?________________________________	1.( )	2.( )	2.( )	2.( )

11 - O Serviço/Programa possui ações voltadas para a promoção da saúde e da qualidade de vida, além do atendimento aos casos de acidentes/violências?(*Caso o espaço seja insuficiente, anexe mais folhas ou escreva no verso)*

____

____

____

12 – O Serviço/Programa passa por algum processo avaliativo do trabalho feito?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

13 – Há perspectiva de continuidade do Serviço/Programa?
1. Sim ( ) 2. Não ( )

14 - Quantas pessoas foram atendidas pelo Serviço/Programa nos últimos dois anos? *(Responder todas as linhas)*

	Anos	Total de pessoas atendidas pelo serviço	Total de pessoas em situação de acidentes/violências
14a-	Em 2003		
14b-	Em 2004		

15 – O Serviço/Programa possui registros sobre os atendimentos às pessoas em situação de acidentes/violências?

1. ( ) Registro manual 2. ( ) Registro informatizado 3. ( ) Não possui

16 – O Serviço/Programa elabora relatórios das atividades realizadas?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

17 – O Serviço/Programa analisa os dados registrados?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

18 – Os membros desta instituição já ouviram falar sobre a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

BLOCO 3 - CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA DO SERVIÇO/PROGRAMA

EQUIPE

19 - Em relação à equipe de trabalho, preencher o quadro abaixo:

Categoria profissional (a)		Cargo (b)
a		
b		
c		
d		
e		
f		
g		
h		
i		
j		
k		
l		
m		

A) Descrever a profissão de cada pessoa que atua na equipe. Ex: psicólogo, assistente social, médico.
B) Descrever o cargo (coordenador, médico, residente, estagiário, voluntário, técnico, etc).

20 - Existem atividades de capacitação para esses profissionais atuarem no atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

21 - Caso exista, assinale a alternativa que melhor caracteriza o tipo de capacitação oferecida pelo Serviço/Programa à equipe que realiza o atendimento:
Quanto à periodicidade: *(Marcar apenas uma opção)*

1-	A última capacitação ocorreu há algum tempo	( )	Quando?______________________________
2-	A equipe recebe capacitação regularmente	( )	De quanto em quanto tempo?______________
3-	Cada profissional busca individualmente ou em grupo este tipo de orientação	( )	
4-	A capacitação não é oferecida pelo Serviço/Programa, nem buscada individualmente	( )	

INSTALAÇÕES FÍSICAS

22 - O Serviço/Programa dispõe de: *(Responder todos os itens)*

	Adequadas		Suficientes	
	Sim	Não	Sim	Não
22a- Instalações físicas	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
22b- Equipamentos	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
22c- Insumos	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
22d- Equipe	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )

RECURSOS FINANCEIROS

23 - Considerando o total de recursos disponibilizados em 2004 pelo Serviço/Programa, informe o percentual que corresponde a cada fonte de recursos. *(Responder todas as linhas)*

Fonte	Sim	Não	2004 (%)
23a- Setor público federal	1.( )	2.( )	
23b- Setor público estadual	1.( )	2.( )	
23c- Setor público municipal	1.( )	2.( )	
23d- Setor empresarial	1.( )	2.( )	
23e- Instituições religiosas	1.( )	2.( )	
23f- Doações de pessoa física	1.( )	2.( )	
23g- Instituições de apoio internacional	1.( )	2.( )	
23h- Recursos próprios	1.( )	2.( )	

| Anexo 3

PESQUISA: ANÁLISE DIAGNÓSTICA DE SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE PARA ATENDER AOS AGRAVOS PROVOCADOS POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E PROGRAMAS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO

Município: ____

Nome da Instituição: ______________________________________

Nome do Serviço: ____

Endereço: ____

Bairro: ____________ CEP:__________ Tel: __________ E-mail:________

Classificação do Serviço:

1. Unidade do Programa Saúde da Família ☐
2. Unidade do Programa Agentes Comunitários de Saúde ☐
3. Pré-hospitalar fixo – unidade de atenção básica ampliada ☐
4. Pré-hospitalar fixo – unidade não hospitalar (P.S./atendimento 24 horas) ☐
5. Pré-hospitalar fixo – ambulatório especializado ☐
6. Pré-hospitalar fixo – serviço de diagnóstico e terapia ☐
7. Pré-hospitalar móvel (SAMU, SIATE, GSE) ☐

1 - A instituição é: *(Marcar uma opção)*

1- Governamental Municipal ( ) 2- Governamental Estadual ( )

3- Governamental Federal ( ) 4- Conveniada com o SUS ( )

BLOCO 2 - ESTRUTURA EXISTENTE

2 – Atendimentos relacionados ao ano de 2004 e 2005: (Responder todas as linhas)

	2004	2005 (jan-jun)
2a- Número total de atendimentos		
2b- Número total de atendimentos por violências		
2c- Número de atendimentos por agressão*		
2d- Número de atendimentos por lesão auto-provocada*		
2e- Número de atendimentos por lesão decorrente de intervenções legais*		
2f- Número total de atendimentos por acidentes		
2g- Número de atendimentos por acidentes de trânsito/transportes*		
2h- Número de atendimentos por quedas*		
2i- Número de atendimentos por demais acidentes*		

* segundo causa da CID10

3 – Equipamentos disponíveis: (Somente se for Unidade de Atenção Básica Ampliada/ Programa Saúde da Família)

	Sim	Não
1. Ambu adulto	1.( )	2.( )
2. Ambu infantil	1.( )	2.( )
3. Jogo de cânulas de Guedel	1.( )	2.( )
4. Sonda de aspiração	1.( )	2.( )
5. Oxigênio	1.( )	2.( )
6. Aspirador	1.( )	2.( )
7. Material para punção venosa	1.( )	2.( )
8. Material para sutura/material para curativo	1.( )	2.( )
9. Material para imobilização	1.( )	2.( )
10. Sala de observação de pacientes até 8 horas	1.( )	2.( )
11. Área física para atendimento de urgência	1.( )	2.( )

(Somente se for Unidade Não-hospitalar/Unidade 24 horas/Serviço de diagnóstico e terapia/Ambulatório especializado)

	Sim	Não
1. Sala de recepção e espera	1.( )	2.( )
2. Sala de arquivo de prontuário	1.( )	2.( )
3. Sala de triagem de risco	1.( )	2.( )
4. Consultórios médicos	1.( )	2.( )
5. Consultório Odontológico	1.( )	2.( )
6. Sala para Serviço Social	1.( )	2.( )
7. Consultório Psicológico	1.( )	2.( )
8. Laboratório de radiologia	1.( )	2.( )
9. Laboratório de patologia clínica	1.( )	2.( )
10. Sala para sutura	1.( )	2.( )
11. Sala para curativos contaminados	1.( )	2.( )
12. Sala de inaloterapia/medicação	1.( )	2.( )
13. Sala de gesso	1.( )	2.( )
14. Sala de reanimação e estabilização (sala de urgência)	1.( )	2.( )
15. Sala de observação masculina	1.( )	2.( )
16. Sala de observação feminina	1.( )	2.( )
17. Sala de observação pediátrica	1.( )	2.( )
18. Farmácia	1.( )	2.( )
19. Almoxarifado	1.( )	2.( )
20. Sala de expurgo/lavagem de material	1.( )	2.( )
21. Central de material esterilizado	1.( )	2.( )
22. Rouparia	1.( )	2.( )
23. Necrotério	1.( )	2.( )
24. Sala de gerência/administração	1.( )	2.( )
25. Sala para descanso de funcionários	1.( )	2.( )
26. Vestiário para funcionários	1.( )	2.( )
27. Copa/refeitório	1.( )	2.( )
28. Depósito para material de limpeza	1.( )	2.( )
29. Área de limpeza geral	1.( )	2.( )
30. Local de acondicionamento do lixo	1.( )	2.( )
31. Estacionamento	1.( )	2.( )
32. Equipamentos preconizados na portaria 2048 (ver anexo 1) ( ) Sim, na maioria; ( ) Sim, alguns; ( ) Não, há falta da maioria	1.( )	2.( )
33. Medicamentos preconizados na portaria 2048 (ver anexo 1) ( ) Sim, na maioria; ( ) Sim, alguns; ( ) Não, há falta da maioria	1.( )	2.( )
34. Acesso diferenciado para ambulâncias	1.( )	2.( )
35. Outros. Quais?______________________________	1.( )	2.( )

(Somente se for Serviço Pré-Hospitalar Móvel (SAMU, SIATE, GSE))

	Sim	Não
1. Linha 192 funcionando	1.( )	2.( )
2. Central de Regulação Implantada	1.( )	2.( )
3. Ambulância do tipo A (remoções simples de caráter eletivo)	1.( )	2.( )
4. Ambulância do tipo B (suporte básico de vida, destinado ao paciente com risco de vida em transporte inter-hospitalar e paciente do pré-hospitalar com risco de vida desconhecido)	1.( )	2.( )
5. Ambulância do tipo C (resgate, atendimento pré-hospitalar de vítimas de acidentes ou em locais de difícil acesso, com equipamento de salvamento)	1.( )	2.( )
6. Ambulância do tipo D (suporte avançado de vida, destinado ao paciente com alto risco de vida em emergência pré-hospitalar e/ou de transporte inter-hospitalar que necessita de cuidados médicos intensivos, com equipamentos)	1.( )	2.( )
7. Ambulância do tipo E (aeronave de asa fixa ou rotativa para transporte inter-hospitalar e de resgate de paciente)	1.( )	2.( )
8. Ambulância do tipo F (embarcação, veículo motorizado para transporte via marítima ou fluvial)	1.( )	2.( )
9. Outros veículos (veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco)	1.( )	2.( )
10. Veículos de intervenção rápida	1.( )	2.( )
11. Equipamentos preconizados na portaria 2048 (ver anexo 2) ( ) Sim, na maioria; ( ) Sim, alguns; ( ) Não, há falta da maioria	1.( )	2.( )
12. Medicamentos preconizados na portaria 2048 (ver anexo 2) ( ) Sim, na maioria; ( ) Sim, alguns; ( ) Não, há falta da maioria	1.( )	2.( )

4 – Pessoal disponível para o atendimento: (Responder todas as linhas)

	(Nº de profissionais)	Carga horária(semanal)
4a- Coordenador do serviço		
4b- Médico cirurgião geral		
4c- Médico ortopedista		
4d- Médico cirurgião ortopedista		
4e- Médico pediatra		
4f- Médico clínico geral		
4g- Médico radiologista		
4h- Médico ginecologista		
4i- Enfermeira		
4j- Técnico/auxiliar de enfermagem		
4k- Técnico de radiologia		
4l- Técnico/auxiliar de laboratório		
4m- Assistente social		
4n- Odontólogo		
4o- Psicólogo		
4p- Bioquímico		
4q- Auxiliar de serviços gerais		
4r- Auxiliar de serviço administrativo		
4s- Motorista		
4t- Segurança		

BLOCO 3 – ORGANIZAÇÃO

5 – Sua unidade possui mecanismos próprios de transferência e transporte de pacientes?

1. Sim ( )   2. Não ( )

6 – Sua unidade possui integração com outros serviços que fazem transferência e transporte de pacientes?

1. Sim ( )   2. Não ( )

7 – Sua unidade possui mecanismos próprios ou integração com serviços para suporte ininterrupto para laboratório de radiologia?

1. Sim ( )   2. Não ( )

8 – Sua unidade possui mecanismos próprios ou integração com serviços para suporte ininterrupto para laboratório de patologia clínica?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

9 – Sua unidade está articulada com a rede hospitalar através da Central de Regulação (ou com a rede pactuada do município)?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

10 – Possui rotinas/protocolos de atendimento às vítimas de acidentes/violências?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

11 – Este protocolo é acessível aos profissionais?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

12 – Dê uma nota de 0 a 10 para os seguintes itens existentes, relativos ao atendimento às vítimas de acidentes/violências: (Marque com um X na coluna da nota correspondente)

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Comunicação com a Central de Regulação ou rede pactuada											
2	Transporte de pacientes											
3	Equipamentos											
4	Medicamentos											
5	Nº de profissionais para o atendimento											
6	Equipe com profissionais especializados para este atendimento											
7	Serviço de apoio diagnóstico											
8	Vagas/leitos em outros serviços											
9	Vagas/leitos na própria unidade											
10	Instalações físicas do serviço											
11	Registros do atendimento											
12	Fluxos de referência e contra-referência											

13 - Os profissionais desta unidade receberam alguma capacitação em PHTLS (Prehospital Trauma Life Support)?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

14 – Os profissionais são capacitados por núcleos de educação em urgências?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

15 – Caso sua unidade seja de pré-hospitalar móvel (SAMU, SIATE, GSE) responda com as informações do 1º semestre de 2005:

a- Tempo médio de espera para o primeiro atendimento (em minutos)	
b- Tempo médio de resposta das equipes de urgência (em minutos)	
c- Tempo médio decorrido no local de ocorrência (em minutos)	
d- Tempo médio de transporte até a unidade de referência (em minutos)	
e- Tempo médio de resposta total (em minutos)	
f- Taxa de mortalidade hospitalar imediata dos pacientes transportados (24horas)	
g- Taxa de mortalidade geral do APH	

Legenda:
a) Tempo Médio de Espera para o primeiro atendimento: Mede o tempo médio, em minutos, do momento de chegada do paciente até seu efetivo atendimento por profissional qualificado.
b) Tempo Médio de Resposta das Equipes de Urgência: É o tempo transcorrido desde a hora da recepção do chamado na Central de Regulação, até a chegada no lugar do ocorrido da equipe do SAMU.
c) Tempo Médio decorrido no local de ocorrência: É o tempo transcorrido desde a hora da chegada no lugar do ocorrido da equipe do SAMU até sua saída do cenário.
d) Tempo Médio de transporte até a unidade de referência: Mede a média dos tempos de transporte do cenário ao hospital de referência. O denominador será o número total de intervenções que geraram internações em unidade hospitalar de referência.
e) Tempo Médio de Resposta Total: É o tempo transcorrido desde a hora da recepção do chamado na Central de Regulação, até a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência.
f) Taxa de mortalidade hospitalar imediata dos pacientes transportados (24h). Este indicador mede o número total de óbitos hospitalares ocorridos nas 24h, de pacientes atendidos em ambiente pré- hospitalar, em um dado período / número total de pacientes atendidos no período, multiplicado por 100.
g) Taxa de mortalidade geral do APH: Este indicador mede o número total de óbitos / número total de APH, multiplicado por 100.

16 – Estes dados são referidos por: (Caso tenha respondido à questão 15)

1. Estimativa ( )
2. Cálculo a partir de registro ( )
3. Estimativa e cálculo ( )

17 – O registro do atendimento aos acidentes/violência são classificados de acordo com a CID10?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

18 – Há análise sistemática destes registros?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

19 – Estas análises são utilizadas para o planejamento das ações?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

20 – Existe integração do banco de dados do atendimento às vítimas de acidentes/violências de sua unidade com bancos de informações de outros serviços?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

21 – Há capacitação de pessoal para o registro e sistematização da informação?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

22 – Este serviço notifica casos de violência contra a criança e o adolescente?

1. Sim, sistematicamente ( )
2. Sim, dependendo do profissional ( )
3. Não notifica ( )
4. Não se aplica ( )

23 – As fichas utilizadas para a notificação de casos de violência contra a criança e o adolescente:

1. Foram criadas pelo serviço ( )
2. Foram padronizadas pela secretaria municipal/estadual de saúde ( )
3. Foram padronizadas pelo Ministério da Saúde ( )
4. Notifica, mas não possui ficha padronizada ( )
5. Não notifica ( )
6. Não se aplica ( )

24 – A notificação é feita:

1. Somente ao Conselho Tutelar ( )
2. Somente à Secretaria de Saúde ( )
3. Para ambos os órgãos mencionados acima ( )
4. Outros. Quais: ______________________________ ( )
5. Não notifica ( )
5. Não se aplica ( )

25 – Este serviço notifica casos de violência contra a mulher?

1. Sim, sistematicamente ( )
2. Sim, dependendo do profissional ( )
3. Não notifica ( )
4. Não se aplica ( )

26 – Para quais instituições é feita esta notificação?

1. DEAM-Delegacia Especial de Atendimento à Mulher ( )
2. Secretaria Municipal/Estadual de Saúde ( )
3. Outros. Quais:_________________________________ ( )
4. Não notifica ( )
5. Não se aplica ( )

27 – Este serviço oferece:

		Oferece		Adequado		Suficiente	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
27a-	Reabilitação	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
27b-	Suporte e acompanhamento às vítimas	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
27c-	Suporte e acompanhamento às famílias das vítimas	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
27d-	Suporte e acompanhamento aos praticantes de acidentes e violências	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
27e-	Suporte e acompanhamento às equipes que realizam o atendimento	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )

| Anexo 4

CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E PROGRAMAS DE ATENDIMENTO HOSPITALAR ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

PESQUISA: ANÁLISE DIAGNÓSTICA DE SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE PARA ATENDER AOS AGRAVOS PROVOCADOS POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO

Município: ____

Nome da Instituição: ____________________________________

Nome do Serviço: _______________________________________

Endereço: ____

Bairro: ______________ CEP:____________ Tel: ____________ E-mail:_________

Classificação do Serviço:

Classificação do Serviço:	1. Hospital Geral	☐
	2. Centro de Referência	☐
	3. Unidade Hospitalar de Referência	☐
	3a. Tipo I	☐
	3b. Tipo II	☐
	3c. Tipo III	☐

1 - A instituição é: (Marcar uma opção)

1- Governamental Municipal ( )
2- Governamental Estadual ( )
3- Governamental Federal ( )
4- Conveniada com o SUS ( )

2 – A instituição possui: (Responder todas as linhas)

	Sim	Não
2a- Unidade de Tratamento Intensivo		
2b- Unidade de Tratamento Semi-Intensivo		

Caso negativo ir para o bloco 2.

3 – A UTI deste serviço: (Responder todas as linhas)

	Sim	Não
3a- Atende 24 horas por dia		
3b- Possui atenção médica 24 horas		
3c- Ocupa área física própria		
3d- Possui acesso físico facilitado		
3e- É do tipo A (menor complexidade)		
3f- É do tipo B (complexidade intermediária)		
3g- É do tipo C (alta complexidade)		

BLOCO 2 – ESTRUTURA EXISTENTE

4 – Quanto aos leitos disponíveis, informe: (Responder todas as linhas)

	2005 (jan-jun)
4a- Nº de leitos do hospital	
4b- Nº de leitos de urgência/emergência	
4c- Nº de leitos adultos	
4d- Nº de leitos pediátricos	
4e- Nº de leitos de UTI adulto	
4f- Nº de leitos de UTI pediátrica	
4g- Nº de leitos de UTI de retaguarda	

5 – Atendimentos relacionados ao ano de 2004 e 2005: (Responder todas as linhas)

	2004	2005 (jan-jun)
5a- Número total de atendimentos		
5b- Número total de atendimentos por violências		
5c- Número de atendimentos por agressão*		
5d- Número de atendimentos por lesão auto-provocada*		
5e- Número de atendimentos por lesão decorrente de intervenções legais*		
5f- Número total de atendimentos por acidentes		
5g- Número de atendimentos por acidentes de trânsito/transportes*		
5h- Número de atendimentos por quedas*		
5i- Número de atendimentos por demais acidentes*		

* segundo causa da CID10

6 – O serviço possui os recursos tecnológicos para: (Responder todas as linhas)

		Possui		Adequado		Suficiente	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
6a-	Análise clínica/laboratorial	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6b-	Eletrocardiografia	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6c-	Radiologia convencional	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6d-	Endoscopia	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6e-	Ultrassonografia	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6f-	Broncoscopia	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6g-	Tomografia computadorizada	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6h-	Ecocardiografia	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6i-	Angiografia	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6j-	Intensificador de imagem	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6k-	Ressonância nuclear magnética	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6l-	Hemodinâmica	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6m-	Terapia renal substitutiva	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6n-	Banco de sangue	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6º	Banco de tecidos	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6p-	UTI tipo 2	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )

6 – O serviço possui os recursos tecnológicos para: (cont.) (Responder todas as linhas)

		Possui		Adequado		Suficiente	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
6q-	UTI tipo 3	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6r-	Unidade de queimados	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6s-	Anestesiologia	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6t-	Ortopedia e traumatologia	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6u-	Coloproctologia	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6v-	Neurocirurgia	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6w-	Cirurgia geral	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6x-	Cirurgia cardiovascular	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6y-	Cirurgia obstétrica	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6z-	Cirurgia ginecológica	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6z.1-	Cirurgia do trauma	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
6z.2	Cirurgia pediátrica	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )

7 – Pessoal disponível para o atendimento: (Responder todas as linhas)

	(Nº de profissionais)	Carga horária
1- Cirurgião geral		
2- Cirurgião ortopedista		
3- Cirurgião vascular*		
4- Cirurgião buco-maxilo-facial*		
5- Cirurgião cardiovascular		
6- Cirurgião plástico*		
7- Cirurgião obstétrico		
8- Cirurgião toráxico*		
9- Cirurgião pediátrico		
10- Neurocirurgião*		
11- Neurologista		
12- Neuropediatra		
13- Pediatra		
14- Ortopedista		
15- Oftalmologista*		
16- Gastroenterologista*		
17- Otorrinolaringologista*		
18- Clínico geral		

7 – Pessoal disponível para o atendimento: (cont.) (Responder todas as linhas)

	(Nº de profissionais)	Carga horária
19- Radiologista		
20- Anestesiologista		
21- Coloproctologista		
22- Cardiologista		
23- Hematologista*		
24- Toxicologista*		
25- Angiologista*		
26- Psiquiatra*		
27- Intensivista		
28- Enfermeira		
29- Assistente social*		
30 - Odontólogo		
31- Psicólogo*		
32- Nutricionista*		
33- Fisioterapeuta*		
34- Terapeuta ocupacional*		
35- Farmacêutico*		
36- Responsável técnico		
37- Técnico/auxiliar de enfermagem		

*Alcançável (não precisa ser exclusivo da unidade)

BLOCO 3 - ORGANIZAÇÃO

8 – Sua unidade possui: (Responder todas as linhas)

		Mecanismos Próprios		Articulação com outros serviços para esta realização	
		Sim	Não	Sim	Não
8a-	Transferência e transporte de pacientes	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
8b-	Suporte ininterrupto para laboratório de radiologia	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
8c-	Suporte ininterrupto para laboratório de patologia clínica	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )

9 – Sua unidade está articulada com a rede hospitalar através da Central de Regulação (ou com a Rede pactuada do município)?

1. Sim ( )   2. Não ( )

10 – Possui rotinas/protocolos de atendimento às vítimas de acidentes/violências acessíveis aos profissionais?

1. Sim ( )   2. Não ( )

11 – Dê uma nota de 0 a 10 para os seguintes itens existentes, relativos ao atendimento às vítimas de acidentes/violências: (Marque com um X na coluna da nota correspondente)

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Comunicação com a Central de Regulação ou Rede Pactuada											
2	Transporte de pacientes											
3	Equipamentos											
4	Medicamentos (variedade da oferta)											
5	Medicamentos (continuidade de abastecimento)											
6	Nº de profissionais para o atendimento											
7	Especialização da equipe											
8	Serviço de apoio diagnóstico											
9	Vagas/leitos em outros serviços											
10	Vagas/leitos na própria unidade											
11	Instalações físicas do serviço											
12	Registros do atendimento											
13	Fluxos de referência e contra-referência											

12 - Os profissionais desta unidade receberam alguma capacitação em ATLS (Advanced Trauma Life Support)?

1. Sim ( )   2. Não ( )

13 – Os profissionais são capacitados por Núcleos de Educação em Urgências?

1. Sim ( )   2. Não ( )

14 – Esta unidade funciona como Hospital de Ensino?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

15 – Quanto ao tempo de atendimento e taxa de mortalidade, responda com as informações do 1º semestre de 2005:

a- Tempo médio de permanência na emergência (em horas)	
b- Taxa de mortalidade hospitalar da emergência	

Legenda:
a) Tempo Médio de Permanência na Emergência: Mede o tempo médio, em horas, do momento de chegada do paciente até sua saída da emergência do hospital.
b)Taxa de mortalidade hospitalar da emergência: Mede o número total de óbitos hospitalares ocorridos na emergência, em um dado período, dividido pelo número total de pacientes atendidos na emergência no mesmo período, multiplicado por 100.

16 – O registro do atendimento aos acidentes/violência são classificados de acordo com a CID10?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

17 – Há análise sistemática destes registros?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

18 – Estas análises são utilizadas para o planejamento das ações?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

19 – Existe integração do banco de dados do atendimento às vítimas de acidentes/violências de sua unidade com bancos de informações de outros serviços?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

20 – Há capacitação de pessoal para o registro e sistematização da informação?

21 – Este serviço notifica casos de violência contra a criança e o adolescente?

1. Sim, sistematicamente ( ) 2. Sim, dependendo do profissional ( )
3. Não notifica ( ) 4. Não se aplica ( )

22 – As fichas utilizadas para a notificação de casos de violência contra a criança e o adolescente:

1. Foram criadas pelo serviço ( )
2. Foram padronizadas pela Secretaria Municipal/Estadual de Saúde ( )
3. Foram padronizadas pelo Ministério da Saúde ( )
4. Notifica, mas não possui ficha padronizada ( )
5. Não notifica ( )
6. Não se aplica ( )

23 – A notificação de casos de violência contra a criança e o adolescente é feita:

1. Somente ao Conselho Tutelar ( )
2. Somente à Secretaria de Saúde ( )
3. Para ambos os órgãos mencionados acima ( )
4. Outros. Quais: ________________________________ ( )
5. Não notifica ( )
6. Não se aplica ( )

24 – Este serviço notifica casos de violência contra a mulher?

1. Sim, sistematicamente ( )
2. Sim, dependendo do profissional ( )
3. Não notifica ( )
4. Não se aplica ( )

25 – As fichas utilizadas para a notificação de casos de violência contra a mulher:

1. Foram criadas pelo serviço ( )
2. Foram padronizadas pela Secretaria Municipal/Estadual de Saúde ( )
3. Foram padronizadas pelo Ministério da Saúde ( )
4. Notifica, mas não possui ficha padronizada ( )
5. Não notifica ( )
6. Não se aplica ( )

26 – Para quais instituições é feita a notificação de casos de violência contra a mulher?

1. DEAM-Delegacia Especial de Atendimento à Mulher ( )
2. Delegacia de Polícia ( )
3. Secretaria Municipal/Estadual de Saúde ( )

4. Outros. Quais:________________________________ ( )
5. Não notifica ( )
6. Não se aplica ( )

27 – Este serviço oferece:

		Oferece		Adequado		Suficiente	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
27a-	Reabilitação	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
27b-	Suporte e/ou acompanhamento às vítimas	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
27c-	Suporte e/ou acompanhamento às famílias das vítimas	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
27d-	Suporte e/ou acompanhamento aos praticantes de acidentes e violências	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
27e-	Suporte e/ou acompanhamento às equipes que realizam o atendimento	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )

Anexo 5

PESQUISA: ANÁLISE DIAGNÓSTICA DE SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE PARA ATENDER AOS AGRAVOS PROVOCADOS POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E PROGRAMAS DE ATENDIMENTO DE REABILITAÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO

Município: ____

Nome da Instituição: ______________________________________

Nome do Serviço: ____

Endereço: ____

Bairro: ___________ CEP:__________ Tel: __________ E-mail:________

Classificação do Serviço: 1. Nível Primário ☐

desenvolve ações de prevenção primária e secundária, além de ações básicas de reabilitação visando à sua inclusão.

2. Nível Intermediário ☐

3. Serviços de Referência ☐

O nível primário desenvolve atendimento individual e em grupo, prevenção de seqüelas e incapacidades secundárias, estimulação neuropsicomotora, orientação familiar, além das tarefas comuns a todos os níveis

O nível intermediário deve ter funcionamento diário de pelo menos um turno de quatro horas, desenvolvendo as atividades de avaliação médica, clínica e funcional; atendimento individual e em grupo; preparação para alta e orientação técnica às equipes dos Serviços do primeiro nível.

Os Serviços de Referência visam à assistência intensiva daqueles referenciados por outros serviços. Devem ser capazes de oferecer avaliação clínica especializada, avaliação e atendimento individual e grupal em fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, enfermagem e nutrição, atendimentos medicamentosos, além das funções comuns a todos os níveis de complexidade

1 - A instituição é: *(Marcar uma opção)*

1- Governamental Municipal ( )
2- Governamental Estadual ( )
3- Governamental Federal ( )
4- Conveniada com o SUS ( )

2 – A instituição realiza: (Responder todas as linhas)

	Sim	Não
2a- Atendimento em grupo		
2b- Prevenção de sequelas e incapacidades secundárias		
2c- Estimulação neuropsicomotora		
2d- Orientação familiar		
2e- Avaliação médica, clínica e funcional		
2f- Avaliação clínica especializada		
2g- Avaliação e atendimento em fisioterapia		
2h- Avaliação e atendimento em terapia ocupacional		
2i- Avaliação e atendimento em fonoaudiologia		
2j- Avaliação e atendimento em psicologia		
2k- Avaliação e atendimento em serviço social		
2l- Avaliação e atendimento em enfermagem		
2m- Avaliação e atendimento em nutrição		
2n- Atendimento medicamentoso com dispensação de remédios		
2o- Avaliação funcional e de diagnóstico de eletroneuromiografia e potenciais evocados		
2p- Avaliação urodinâmica		
2q- Atendimento clínico nas diversas especialidades médicas		
2r- Atendimento cirúrgico		

BLOCO 2 – ESTRUTURA EXISTENTE

3 – Número de leitos disponíveis no período de janeiro a junho de 2005:

Nº de leitos de disponíveis	
Nº de vagas disponíveis	

4 – Atendimentos relacionados ao ano de 2004 e 2005: (Responder todas as linhas)

	2004	2005 (jan-jun)
4a- Número total de atendimentos		
4b- Número total de atendimentos por violências		
4c- Número de atendimentos por agressão*		
4d- Número de atendimentos por lesão auto-provocada*		
4e- Número de atendimentos por lesão decorrente de intervenções legais*		
4f- Número total de atendimentos por acidentes		
4g- Número de atendimentos por acidentes de trânsito/transportes*		
4h- Número de atendimentos por quedas*		
4i- Número de atendimentos por demais acidentes*		

* segundo causa da CID10

5 – O serviço possui os recursos tecnológicos (na mesma unidade) para: (Responder todas as linhas)

		Possui		Adequado		Suficiente	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
5a-	Análise clínica/laboratorial	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
5b-	Medicina nuclear	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
5c-	Radiologia convencional	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
5d-	Urodinâmica	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
5e-	Ultrassonografia	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )

6 – Pessoal disponível para o atendimento: (Responder todas as linhas)

	(Nº de profissionais)	Carga horária
1- Médico fisiatra		
2- Fonoaudiólogo		
3- Enfermeira		
4- Assistente social*		
5- Psicólogo*		
6- Nutricionista*		
7- Fisioterapeuta*		
8- Terapeuta ocupacional*		
9- Farmacêutico*		
10- Responsável técnico		
11- Técnico/auxiliar de enfermagem		

*Alcançável (não precisa ser exclusivo da unidade)

7 – Em relação as suas competências, este serviço: (Responder todas as linhas)

		Órteses		Próteses		Meios auxiliares de locomoção	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
7a-	Avalia indicação	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
7b-	Prescreve utilização	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
7c-	Treina para o uso	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
7d-	Faz acompanhamento	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
7e-	Faz dispensação	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )

8 – Dê uma nota de 0 a 10 para os seguintes itens existentes, relativos ao atendimento às vítimas de acidentes/violências: (Marque com um X na coluna da nota correspondente)

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Órteses, próteses e meio de locomoção (variedade da oferta)											
2	Órteses, próteses e meio de locomoção (qualidade do material)											
3	Órteses, próteses e meio de locomoção (quantidade disponível)											
4	Órteses, próteses e meio de locomoção (continuidade de abastecimento)											
5	Medicamentos (variedade da oferta)											
6	Medicamentos (continuidade de abastecimento)											
7	Nº de profissionais para o atendimento											
8	Insumos básicos* (variedade da oferta)											
9	Insumos básicos* (continuidade de abastecimento)											
10	Equipamentos para apoio de reabilitação (variedade da oferta)											
11	Equipamentos para apoio de reabilitação (manutenção)											

* bolas fisioterápicas, etc

BLOCO 3 – ORGANIZAÇÃO

9 – Sua unidade possui: (Responder todas as linhas)

		Mecanismos Próprios		Articulação com outros serviços para esta realização	
		Sim	Não	Sim	Não
9a-	Transferência e transporte de pacientes	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
9b-	Suporte para laboratório de radiologia	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
9c-	Suporte para laboratório de patologia clínica	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )

10 – Possui rotinas/protocolos de atendimento às vítimas de acidentes/violências acessíveis aos profissionais?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

11 – Dê uma nota de 0 a 10 para os seguintes itens existentes, relativos ao atendimento às vítimas de acidentes/violências: (Marque com um X na coluna da nota correspondente)

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Comunicação com serviços de atendimento pré-hospitalar											
2	Comunicação com serviços de atendimento hospitalar/emergência											
3	Comunicação com serviços de atendimento ambulatorial											
4	Comunicação com serviços de equipes em Saúde da Família											
5	Transporte de pacientes											
6	Especialização da equipe											
7	Instalações físicas do serviço											
8	Registros do atendimento											
9	Fluxos de referência e contra-referência											

12 – Considerando a experiência de atendimento deste serviço avalie:

	Adequado	
	Sim	Não
12a- Tempo decorrido entre a lesão e a busca de tratamento	1.( )	2.( )
12b- Tempo decorrido para o agendamento de primeira consulta	1.( )	2.( )
12c- Tempo decorrido de permanência do paciente em tratamento	1.( )	2.( )

13 – O registro do atendimento aos acidentes/violência são classificados de acordo com a CID10?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

14 – Há análise sistemática destes registros?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

15 – Estas análises são utilizadas para o planejamento das ações?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

16 – Existe integração do banco de dados do atendimento às vítimas de acidentes/violências de sua unidade com bancos de informações de outros serviços?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

17 – Há capacitação de pessoal para o registro e sistematização da informação?

1. Sim ( ) 2. Não ( )

18 – Este serviço oferece:

		Oferece		Adequado		Suficiente	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
18a-	Atendimento domiciliar	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
18b-	Preparação para alta	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
18c-	Suporte para convívio social e familiar	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
18d-	Acompanhamento pós-alta	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )
18e-	Informações sobre direitos das pessoas portadoras de deficiências	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )	1.( )	2.( )

| Anexo 6

ENTREVISTADO – RESPONSÁVEL PELA COORDENAÇÃO DO COMITÊ GESTOR OU RESPONSÁVEL PELA REDE PACTUADA DE ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS

1. Qual é a composição do Comitê Gestor (ou Rede Pactuada de Atendimento às Emergências) desta cidade?

2. Como o sr(a) avalia a estrutura* dos serviços de saúde para o atendimento pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar aos acidentes e violências na cidade? Quais os problemas encontrados?

3. Como o sr(a) avalia o fluxo** do atendimento às vítimas de acidentes e violências na cidade? Quais os problemas encontrados?

4. A distribuição dos serviços de urgência, de emergência e do atendimento especializado em traumato-ortopedia atende a critérios de regionalização? Existem consórcios municipais para este atendimento?

5. As unidades que atendem às grandes emergências desenvolvem treinamento em situação de catástrofes ou ocorrências que envolvem grande número de vítimas?

6. Existem unidades de emergência para o atendimento de intoxicações? O Município possui apoio toxicológico de emergência e de referência?

---

* Estrutura – leitos, equipamentos, medicamentos, centros cirúrgicos, equipes, ambulâncias etc.

** Fluxo – encadeamento desde o primeiro atendimento – referência e contra-referência – encaminhamentos, acompanhamento etc.

7. O Município encontra alguma dificuldade ou precisou realizar alguma adaptação para implementar a a Política Nacional de Atendimento às Urgências?

8. O (a) sr(a) conhece a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências? Como o(a) sr(a) avalia a implementação desta Política nesta cidade?

9. Existe no município um sistema de informações sobre o atendimento pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar aos acidentes e violências?

10. Estas informações são utilizadas para monitoramento, vigilância e prevenção destes eventos? Como isto é feito?

11. Que sugestões o(a)sr.(a) daria para que o sistema de saúde dê uma resposta mais eficiente e eficaz no atendimento às vítimas de violências e acidentes?

Formulário:

A Central de Regulação do seu município possui as seguintes ferramentas de trabalho? (Responda todas a linhas)

		Sim	Não
1	Mapa de área de atuação identificando os pontos de apoio das Unidades de Suporte Básico e Unidades de Suporte Avançado descentralizados		
2	Mapa de área de atuação identificando os pontos de apoio dos serviços de urgência do município (pré-hospitalares fixos e hospitalares)		
3	Mapa de área de atuação identificando os pontos de apoio dos serviços de corpo de bombeiros, polícia rodoviária e/ou de trânsito		
4	Grade de referência e contra-referência dos serviços de urgência do município/região interligados, com várias entradas e saídas, fluxos e protocolos pré-estabelecidos		
5	Lista de todos os telefones dos serviços da rede		
6	Mapas da capacidade instalada dos serviços de urgência		
7	Mapas viários		
8	Mapas de risco		
9	Protocolos assistenciais (de seqüência do atendimento) para Unidade de Suporte Básico e Unidade de Suporte Avançado com as técnicas de atendimento aos pacientes de trauma e acidentes com múltiplas vítimas		
10	Informações sobre o registro da rotina e relatórios mensais(sobre gastos, atendimento, quebra de equipamentos, etc)		

Anexo 7

COORDENADOR/DIRETOR DO SAMU/GSE/ SIATE

1. O Município possui uma Central de Regulação? Como atua? Quais os problemas encontrados? (APLICAR FORMULÁRIO)

2. Qual é a estrutura do atendimento do SAMU/GSE/SIATE (existe linha 192, prédio, ambulâncias etc.)? Quais são seus principais problemas?

3. Como é o fluxo do atendimento do SAMU/GSE/SIATE às vítimas de acidentes e violências? Quais são os principais problemas identificados neste fluxo (apoio diagnóstico, referência, contra-referência etc.)?

4. Como o(a) sr.(a) avalia o atendimento às vítimas de acidentes e violências prestado nesta cidade?

5. Houve alguma capacitação dos profissionais para o atendimento às vítimas de acidentes e violências? Como foi?

6. O(a) sr.(a) conhece a Política Nacional de Atendimento às Urgências? O Município encontra alguma dificuldade ou precisou realizar alguma adaptação para implementar a Política?

7. O(a) sr.(a) conhece a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências? Como o(a) sr.(a) avalia a implementação desta Política nesta cidade?

8. Existe no Município um sistema de informações sobre o atendimento pré-hospitalar, aos acidentes e violências? Estas informações são utilizadas para monitoramento, vigilância e prevenção destes eventos? Como isto é feito?

9. Que sugestões o(a) sr.(a) daria para que o sistema de saúde dê uma resposta mais eficiente e eficaz no atendimento às vítimas de violências e acidentes?

| Anexo 8

GESTOR RESPONSÁVEL PELA ADMINISTRAÇÃO DOS HOSPITAIS DE EMERGÊNCIA

1. Como é a estrutura de atendimento dos hospitais de emergência para acidentes e violências? Quais são os seus principais problemas?

2. Como o sr.(a) avalia o fluxo do atendimento às vítimas de acidentes e violências nos hospitais de emergência? Quais são os principais problemas identificados neste fluxo? (apoio diagnóstico, referência, contra-referência)

3. Existe comunicação entre a emergência e os demais setores do hospital, a fim de garantir leitos de retaguarda para as vítimas de acidentes e violências?

4. Como o (a) sr.(a) avalia o atendimento às vítimas de acidentes e violências prestado nesta cidade ?

5. O (a) sr.(a) conhece a Política Nacional de Atendimento às Urgências? O Município encontra alguma dificuldade ou precisou realizar alguma adaptação para implementar esta Política?

6. Houve alguma capacitação dos profissionais para o atendimento de vítimas de acidentes e violências?

7. O (a) sr.(a) conhece a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências? Como o(a) sr(a) avalia a implementação desta Política nesta cidade?

8. As informações geradas no atendimento às vítimas de acidentes e violências são registradas nos prontuários?

9. As informações são utilizadas para monitoramento, vigilância e prevenção destes eventos? Como isto é feito?

10. Que sugestões o(a) sr.(a) daria para que o sistema de saúde dê uma resposta mais eficiente e eficaz no atendimento às vítimas de violências e acidentes?

| Anexo 9

GESTOR RESPONSÁVEL PELA ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL QUE ATENDE MAIOR NÚMERO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

1. Como o (a) sr.(a) avalia a estrutura de atendimento deste hospital para atender às vítimas de acidentes e violências? Quais são os principais problemas?

2. Como é o fluxo do atendimento às vítimas de acidentes e violências neste hospital? Quais são os principais problemas identificados neste fluxo? (apoio diagnóstico, referência, contra-referência)

3. Existe comunicação entre o setor de emergência e os demais setores do hospital a fim de garantir leitos de retaguarda para as vítimas de acidentes e violências?

4. Houve alguma capacitação dos profissionais deste hospital para o atendimento de vítimas de acidentes e violências?

5. O (a) sr.(a) conhece a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências? Como o(a) sr(a) avalia a implementação desta Política nesta cidade?

6. As informações geradas no atendimento às vítimas de acidentes e violências são registradas nos prontuários/fichas de atendimento? Usa a CID 10? Permite identificar a natureza da causa externa (se foi violência ou acidente)?

7. As informações são utilizadas para monitoramento, vigilância e prevenção destes eventos? Como isto é feito?

8. Que sugestões o(a)sr.(a) daria para que o sistema de saúde dê uma resposta mais eficiente e eficaz no atendimento às vítimas de violências e acidentes?

| Anexo 10

COORDENADOR DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIAS OU RESPONSÁVEL PELA CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

1. Como o (a) sr.(a) avalia o atendimento às vítimas de acidentes e violências prestado nesta cidade?

2. Como é feita a formação de profissionais para atender às vítimas de acidentes e violências no atendimento pré-hospitalar e hospitalar? Quem tem sido capacitado?

3. Que dificuldades o(a) sr(a) encontra para realizar esta capacitação?

4. O currículo padronizado pela Política Nacional de Atendimento às Urgências para a capacitação de profissionais do atendimento pré-hospitalar e hospitalar é utilizado?

5. O (a) sr(a) conhece a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências? Como o(a) sr(a) avalia a implementação desta Política nesta cidade?

6. É feita alguma capacitação para a melhoria da qualidade de registro/informação sobre acidentes e violências?

7. Que sugestões o(a) sr.(a) daria para que o sistema de saúde dê uma resposta mais eficiente e eficaz no atendimento às vítimas de violências e acidentes?

Anexo 11

GESTOR RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO À REABILITAÇÃO NO MUNICÍPIO

1. Como o(a) sr.(a) avalia a estrutura de atendimento dos serviços de reabilitação para atendimento às vítimas de acidentes e violências? Quais são seus principais problemas?

2. Como é o fluxo do atendimento às vítimas de acidentes e violências para o atendimento de reabilitação? Quais são os principais problemas identificados neste fluxo? (apoio diagnóstico, referência, contra-referência)

3. Como o(a) sr.(a) avalia a cobertura assistencial para o atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências?

4. Como o (a) sr.(a) avalia o atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências prestado nesta cidade (oferta e qualidade de órteses/próteses, atendimento domiciliar)?

5. Houve alguma capacitação dos profissionais para o atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências?

6. O(a) sr.(a) conhece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiências? O Município encontra alguma dificuldade ou precisou realizar alguma adaptação para implementar esta política?

7. O (a) sr.(a) conhece a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências? Como o(a) sr.(a) avalia a implementação desta Política nesta cidade?

8. As informações geradas no atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências são registradas nos prontuários? Usa a CID 10? Permite identificar a natureza da causa externa (se foi violência ou acidente)?

9. As informações são utilizadas para monitoramento, vigilância e prevenção destes eventos? Como isto é feito?

10. O atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências consegue proporcionar condições para a reinserção na família, trabalho e sociedade de forma geral?

11. Há alguma parceria do setor saúde com outras secretarias, visando à maior inserção e ao aumento da qualidade de vida dos portadores de deficiências devido a traumas por acidentes e violências?

12. Que sugestões o(a) sr.(a) daria para que o sistema de saúde dê uma resposta mais eficiente e eficaz no atendimento às vítimas de violências e acidentes?

| Anexo 12

PRÉ-HOSPITALAR

Tabela 1 – Serviços de pré-hospitalar investigados nas cinco localidades estudadas

	Nome do Serviço	Vinculação administrativa	Classificação
Manaus			
1	SPA JOVENTINA DIAS	Estadual	PS/Atend24h
2	SPA ENF. ELIAMEME RODRIGUES MADY	Estadual	PS/Atend24h
3	SPA COROADO	Estadual	PS/Atend24h
4	SPA ALVORADA	Estadual	Ambulatório Especializado
5	SEMSA	Municipal	PS/Atend24h
6	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Municipal	Pré-Móvel
7	SPA – ZONA SUL	Estadual	PS/Atend24h
8	CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO AMAZONAS - CBMAM	Estadual	Pré-Móvel
	RECIFE		
1	SMS/PCR POLICLÍNICA LESSA DE ANDRADE	Municipal	Ambulatório Especializado
2	SMS/PCR-CAPS INFANTIL ZALDO ROCHA	Municipal	Ambulatório Especializado
3	CISAM/UPE	Estadual	Diagnóstico e Terapia
4	POLICLÍNICA AGAMENON MAGALHÃES	Municipal	PS/Atend24h

5	POLICLÍNICA AMAURY COUTINHO	Municipal	PS/Atend24h
6	INSTITUTO MATERNO INFANTIL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA	Não governamental *	Ambulatório Especializado
7	SECRETARIA DE SAÚDE MUNICIPAL DE RECIFE	Municipal	Pré-Móvel
8	SMS/PCR – CENTRO DE REF. CLARICE LISPECTOR	Municipal	Ambulatório Especializado
9	SMS/PCR - POLICLÍNICA E MATERNIDADE BARROS LIMA (PROGRAMA DE ATENÇÃO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA)	Municipal	PS/Atend24h
10	SMS/PCR – POLICLÍNICA E MATERNIDADE BARROS LIMA (SPA)	Municipal	PS/Atend24h
	DISTRITO FEDERAL		
1	HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE (AMBULATÓRIO)	Estadual	Ambulatório Especializado
2	HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE (UNID QUEIMADOS)	Estadual	Atenção Básica Ampliada
3	ADOLESCENTRO – CENTRO DE REFERÊNCIA, PESQUISA, CAPACITAÇÃO E ATENÇÃO AO ADOLESCENTE E À FAMÍLIA	Estadual	Diagnóstico e Terapia
4	HOSPITAL REGIONAL DA ASA SUL	Estadual	Diagnóstico e Terapia
5	CENTRO DE SAÚDE Nº2 DO NÚCLEO BANDEIRANTES (PAV)	Estadual	PS/Atend24h
6	HOSPITAL DE BASE DE BRASÍLIA	Estadual	PS/Atend24h
7	CENTRO DE SAÚDE Nº 1	Estadual	Atenção Básica Ampliada
8	HOSPITAL DE APOIO DE BRASÍLIA	Estadual	Atenção Básica Ampliada
9	HOSPITAL REGIONAL DO GUARÁ	Federal	Ambulatório Especializado
10	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA	Federal	Ambulatório Especializado
11	CENTRO DE SAÚDE Nº 1 DE CANDANGOLÂNDIA	Estadual	Atenção Básica Ampliada
12	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO	Estadual	Ambulatório Especializado
13	SAMU	Estadual	Pré-Móvel
14	CENTRO DE SAÚDE Nº 2 N. BANDEIRANTE	Estadual	PS/Atend24h
15	CENTRO DE SAÚDE Nº1 DO PARANOÁ	Estadual	Atenção Básica Ampliada
16	HOSPITAL REGIONAL DE PLANALTINA	Estadual	Atenção Básica Ampliada
17	CENTRO DE SAÚDE Nº1 DE RECANTO DAS EMAS	Estadual	Prog. Saúde Família
18	CENTRO DE SAÚDE Nº1 DE STA. MARIA	Estadual	Diagnóstico e Terapia

19	CENTRO DE SAÚDE Nº2 DE SOBRADINHO	Estadual	Atenção Básica Ampliada
20	HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA (ATENÇÃO BÁS. AMPLIADA)	Estadual	Atenção Básica Ampliada
21	HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA (AMBULATÓRIO)	Estadual	Ambulatório Especializado
	RIO DE JANEIRO		
1	POSTO DE SAÚDE DR. ALVIMAR DE CARVALHO	Municipal	Ambulatório Especializado
2	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO	Estadual	Ambulatório Especializado
3	HOSPITAL MUNICIPAL JESUS	Municipal	Ambulatório Especializado
4	PAM RODOLPHO ROCCO	Municipal	PS/Atend24h
5	POLICLÍNICA JOSÉ PARANHOS FONTENELLE (PAM PENHA)	Municipal	Atenção Básica Ampliada
6	PAM – ANTONIO RIBEIRO NETO	Municipal	Ambulatório Especializado
7	SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE	Estadual	Ambulatório Especializado
8	INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA	Federal	Ambulatório Especializado
9	CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	Estadual	Pré-Móvel
10	PAM RODOLPHO ROCCO	Municipal	Ambulatório Especializado
	CURITIBA		
1	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Municipal	Pré-Móvel
2	U.S. CAMPO COMPRIDO 24H	Municipal	PS/Atend24h
3	U.S. BOQUEIRÃO 24H	Municipal	PS/Atend24h
4	U.S. BOA VISTA 24H	Municipal	PS/Atend24h
5	U.S. ALBERT SABIM 24H	Municipal	PS/Atend24h
6	U.S. SÍTIO CERCADO 24H	Municipal	PS/Atend24h
7	U.S. DA CRIANÇA	Municipal	Ambulatório Especializado
8	CENTRO DE REFERÊNCIA E ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	**	Ambulatório Especializado

* Conveniado com o SUS

** Não informado

HOSPITALAR

Tabela 1 – Serviços hospitalares investigados nas cinco localidades estudadas

	Nome do Serviço	Vinculação administrativa	Classificação
	MANAUS		
1	HOSPITAL E PRONTO SOCORRO DR. JOÃO LÚCIO PEREIRA MACHADO	Estadual	Unidade Hospitalar de Referência
2	HOSPITAL PRONTO SOCORRO 28 DE AGOSTO	Estadual	Unidade Hospitalar de Referência
3	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS	Federal	Unidade Hospitalar de Referência
4	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FRANCISCA MENDES	Estadual	Centro de Referência
5	PRONTO-SOCORRO DA CRIANÇA – ZONA SUL	Estadual	Unidade Hospitalar de Referência
6	HOSPITAL E PRONTO-SOCORRO DA CRIANÇA – ZONA LESTE	Municipal	Unidade Hospitalar de Referência
7	HPSC – ZONA OESTE	Estadual	Unidade Hospitalar de Referência
	RECIFE		
1	SES/PE - HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	Estadual	Centro de Referência
2	SES/PE - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO (UNID DE QUEIMADOS)	Estadual	Unid. Hospitalar de Referência
3	SES/PE - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO (EMERGÊNCIA)	Estadual	Hospital Geral
4	SES/PE - HOSPITAL GETULIO VARGAS	Estadual	Hospital Geral
5	SES/PE - HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	Estadual	Hospital Geral
6	SES/PE - HOSPITAL GERAL DE AREIAS	Estadual	Hospital Geral
7	SES/PE-HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	Estadual	Hospital Geral
8	SES-PE HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	Estadual	Hospital Geral
9	HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	Estadual	Hospital Geral
10	HOSPITAL BARÃO DE LUCENA	Estadual	Hospital Geral
	DISTRITO FEDERAL		
1	HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE (AMBULATÓRIO)	Estadual	Hospital Geral
2	HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE (UNIDADE DE QUEIMADOS)	Estadual	Unidade Hospitalar de Referência

3	HOSPITAL DE BASE DE BRASÍLIA	Estadual	Hospital Geral
4	HOSPITAL REGIONAL DA ASA SUL - HRAS	Estadual	Hospital Geral
5	HOSPITAL REGIONAL DE SAÚDE DE CEILÂNDIA SERG-DF	Estadual	Unidade Hospitalar de Referência
6	CENTRO DA SAÚDE Nº 1	Estadual	Hospital Geral
7	HOSPITAL DE APOIO DE BRASÍLIA	Estadual	Unidade Hospitalar de Referência
8	HOSPITAL REGIONAL DO GUARÁ	Federal	Hospital Geral
9	HOSPITAL REGIONAL DE SAMAMBAIA	Estadual	Hospital Geral
10	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASILIA	Federal	Hospital Geral
11	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO	Estadual	Unidade Hospitalar de Referência
12	HOSPITAL REGIONAL DE BRAZILANDIA	Estadual	**
13	HOSPITAL REGIONAL DE PLANALTINA	Estadual	Hospital Geral
14	HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA	Estadual	Hospital Geral
15	HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO	Estadual	Hospital Geral
	RIO DE JANEIRO		
1	HOSPITAL MUNICIPAL PAULINO WERNECK	Municipal	Hospital Geral
2	INSTITUTO MUNICIPAL DA MULHER FERNANDO MAGALHÃES - IMMFM	Municipal	Unidade Hospitalar de Referência
3	HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA MAIA	Municipal	Hospital Geral
4	HOSPITAL ESTADUAL ALBERT SCHWEITZER	Estadual	Hospital Geral
5	HOSPITAL ESTADUAL GETULIO VARGAS	Estadual	Hospital Geral
6	HOSPITAL PEDRO II	Estadual	Hospital Geral
7	INSTITUTO NACIONAL DE TRATAMENTO - ORTOPEDIA	Federal	Centro de Referência
8	HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO (HGB)	Federal	Hospital Geral
9	HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO	Municipal	Hospital Geral
10	HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR	Municipal	Hospital Geral
11	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO	Municipal	Unidade Hospitalar de Referência
12	INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA	Federal	Unidade Hospitalar de Referência
13	HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE	Municipal	Hospital Geral
14	HOSPITAL ESTADUAL CARLOS CHAGAS	Estadual	Hospital Geral
15	HOSPITAL ESTADUAL ROCHA FARIA	Estadual	Unidade Hospitalar de Referência
16	HOSPITAL GERAL DE JACAREPAGUÁ (CARDOSO FONTES)	Federal	Hospital Geral
17	HOSPITAL DO ANDARAÍ	Federal	Unidade Hospitalar de Referência

CURITIBA			
1	HOSPITAL CAJURU	Conveniada com o SUS	Unidade Hospitalar de Referência
2	HOSPITAL DO TRABALHADOR	Estadual	Unidade Hospitalar de Referência
3	HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR	Federal	Unidade Hospitalar de Referência
4	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO	Conveniada com o SUS	Unidade Hospitalar de Referência
5	HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE– ASSOC. HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INF DR. RAUL CARNEIRO	Conveniada com o SUS	Unidade Hospitalar de Referência

* Conveniado com o SUS

** Não informado

REABILITAÇÃO

Tabela 1 – Serviços de reabilitação investigados nas cinco localidades estudadas

	Nome do Serviço	Vinculação administrativa	Nivel de atenção
	MANAUS		
1	PROAMDE- Programa de Atividade Motora para Deficiente Físico	Federal	Intermediário
2	Serviço de Reabilitação da Policlínica Codajás	Estadual	Intermediário
3	Serviço de Reabilitação da Fundação Hospital Adriano Jorge	Estadual	Referência
	RECIFE		
1	Centro de Reabilitação do DSI	Municipal	Primário
2	Centro de Saúde Mário Ramos	Municipal	Primário
3	Centro Social Urbano Bido Krause	Municipal	Primário
4	Policlínica Agamenon Magalhães	Municipal	Primário
5	Policlínica Amaury Coutinho	Municipal	Primário
6	Associação de Assistência à Criança e ao Adolescente - AACD	Não-governamental *	Referência
	DISTRITO FEDERAL		
1	Adolescentro – Centro de Referência, Pesquisa, Capacitação e Atenção ao Adolescente e à Família	Estadual	
2	Hospital Regional da Asa Sul	Estadual	Referência
3	Hospital de Base de Brasília	Estadual	
4	Hospital Regional da Asa Norte	Estadual	Referência
5	Hospital Regional de Taguatinga	Estadual	Primário
6	Hospital de Apoio de Brasília	Estadual	Referência
7	Hospital Regional do Guará	Estadual	Referência
8	Hospital Universitário de Brasília	Estadual	Referência
	RIO DE JANEIRO		
1	Instituto Oscar Clark	Municipal	Referência
	CURITIBA		
1	Instituto de Reabilitação do Hospital Erasto Gaetner	Não governamental *	Referência
2	Associação Paranaense de Reabilitação – APR	Não governamental *	Referência

* Conveniado com o SUS

Anexo 13

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

( ) Núcleo Municipal cidade ______________________________
( ) Núcleo Estadual estado ______________________________
( ) Núcleo Acadêmico nome do núcleo ______________________
( ) Gestor do MS setor _________________________________
( ) Gestor do OPS _____________________________________
( ) Gestor do municipal cidade ____________________________

BLOCO 1

INDICADORES BASEADOS NAS DIRETRIZES 3, 4 E 5 DA POLÍTICA NACIONAL DE ACIDENTES E VIOLÊNCIA

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

PRÉ-HOSPITALAR FIXO
(PSF, Unidade de atenção básica ampliada, PS 24h, ambulatório especializado, serviço de diagnóstico e terapia)

Indicadores que avaliam a organização e a implantação de serviços

1) Proporção de unidades que possuem mecanismos próprios ou integração com outros serviços para suporte, durante todo o horário de atendimento da unidade, para laboratório de radiologia e de patologia clínica

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

2) Proporção de unidades que atendem a crianças e adolescentes e notificam sistematicamente casos confirmados ou suspeitos de violência contra estes grupos

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

Indicador que avalia a integração do pré-hospitalar ao atendimento de emergência hospitalar a partir de centrais de regulação médica

3) Proporção de unidades que possuem articulação com rede hospitalar através da central de regulação ou com rede pactuada do município

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

Indicadores que avaliam a articulação do atendimento do setor saúde com áreas jurídicas e de segurança

4) Proporção de unidades que encaminha e recebe pacientes da Delegacia Comum, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher e Delegacia de Atendimento ao Idoso

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: Será considerada adequada a unidade que encaminha e recebe pacientes de pelo menos 1 das 4 delegacias.

5) Proporção de unidades que encaminha e recebe pacientes do Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

PRÉ-HOSPITALAR FIXO
(Apenas para os Ambulatórios Especializados)

Indicador que avalia a articulação do atendimento do setor saúde com áreas jurídicas e de segurança

6) Proporção de unidades que encaminha e recebe pacientes dos Centros de Defesa de Direitos

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

Indicador que avalia a oferta de atividades voltadas para a reeducação dos agressores

7) Proporção de unidades que possuem atendimento de reeducação aos agressores

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

Indicador que avalia a notificação de maus-tratos de idosos por parte do profissional de saúde nos serviços que atendem às vítimas de acidentes e violências

8) Proporção de unidades que realizam a notificação de casos confirmados e suspeita de maus-tratos de idosos.

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

PRÉ-HOSPITALAR FIXO
(Apenas para os PS/Atendimento 24h)

Indicadores que avaliam a estrutura e organização dos serviços

9) Proporção de unidades que possuem mecanismos próprios ou integração com a rede de serviços para transferência e transporte de pacientes

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

10) Proporção de unidades que possuem Sala para sutura, Sala para curativos contaminados e Sala de inaloterapia/medicação

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: A unidade para ser considerada adequada deve marcar sim em pelo menos 2 dos 3 itens

11) Proporção de unidades que possuem Sala de reanimação e estabilização

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

12) Proporção de unidades que possuem Farmácia, Almoxarifado, Sala de expurgo/lavagem de material, Central de material esterilizado, Rouparia e Necrotério

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: A unidade para ser considerada adequada deve marcar sim em pelo menos 5 dos 6 itens

13) Proporção de unidades que possuem a maioria dos medicamentos e equipamentos preconizados nas unidades não hospitalares/unidades 24 horas

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: O Gestor responde a esta pergunta mediante consulta a uma listagem com os principais medicamentos e equipamentos preconizados na Portaria n° 2048.

14) Proporção de unidades que possuem profissionais que receberam capacitação em ATLS

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

15) Proporção de unidades que possuem profissionais que receberam capacitação por núcleos de educação em urgências

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

PRÉ-HOSPITALAR FIXO
(Apenas para as Unidades não-hospitalares/ unidades 24 horas/ serviço de diagnóstico terapia e ambulatório especializado)

Indicadores que avaliam a estrutura e organização dos serviços

16) Proporção de Unidades não-hospitalares/ unidades 24 horas/ serviço de diagnóstico terapia e ambulatório especializado adequadas em relação aos recursos humanos disponíveis

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: Os RH que devem estar disponíveis nestas unidades são:
Unidades não-hospitalares/ unidades 24 horas/ serviço de diagnóstico terapia e ambulatório especializado: Coordenador do serviço, Médico pediatra, Médico clínico geral, Enfermeira, Técnico/auxiliar de enfermagem, Auxiliar de serviços gerais, Auxiliar de serviço administrativo, Psicólogo e Assistente Social

17) Proporção de unidades que possuem Sala de recepção e espera, Sala de arquivo de prontuário, Sala de triagem de risco, Consultórios médicos

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: A unidade para ser considerada adequada deve marcar sim em pelo menos 3 dos 4 itens.

PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL
(SAMU, GSE etc)

Indicadores que avaliam a estrutura e organização dos serviços

18) Proporção de Unidades móveis adequadas em relação aos recursos humanos disponíveis

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: Os RH que devem estar disponíveis nestas unidades são:
Unidades móveis: Coordenador do serviço, Enfermeira e Técnico/auxiliar de enfermagem.

19) Existência da linha 192 funcionando ou equivalente

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

20) Existência da central de regulação implantada

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

21) Tempo médio de resposta total do serviço de unidade móvel

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: O Tempo Médio de Resposta Total é o tempo transcorrido desde a hora da recepção do chamado na Central de Regulação, até a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência.

Indicadores que avaliam a Padronização de equipamentos e de veículos para o transporte de vítimas

22) Existência de ambulância do tipo B ou C ou D

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: A unidade para ser considerada adequada deve possuir pelo menos 2 ambulâncias dentre os 3 tipos. O Gestor responde a esta pergunta mediante uma consulta às principais características que diferenciam estes tipos de transportes de vítimas.

23) Existência da maioria dos medicamentos e equipamentos preconizados nas unidades móveis

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: O Gestor responde a esta pergunta mediante uma consulta a uma listagem com os medicamentos e equipamentos indispensáveis que devem estar presentes em unidades móveis preconizados pela Política Nacional de Atenção às Urgências

Indicador que avalia a presença de Mapeamento das áreas de risco no atendimento às vítimas de acidentes e violências

24) Existência de mapas de risco na central de regulação

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

Indicador que avalia a existência de planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar para fluxos maciços de vítimas

25) Existência de planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar para fluxos maciços de vítimas

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

ATENDIMENTO HOSPITALAR

Indicadores que avaliam a articulação do atendimento do setor saúde com áreas jurídicas e de segurança

26) Proporção de unidades que encaminha e recebe pacientes da Delegacia Comum, Delegacia de Proteção a Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher e Delegacia de Atendimento ao Idoso

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: Será considerada adequada a unidade que encaminha e recebe pacientes de pelo menos 1 das 4 delegacias.

27) Proporção de unidades que notificam sistematicamente casos de violência contra criança e adolescente

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

Indicador que avalia a assistência às vítimas de acidentes e violências integrando atividades desenvolvidas pelos PSF e PACS

28) Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes oriundos de unidade básica de saúde e PSF

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

Indicador que avalia as normas de atendimento às vítimas de acidentes e violências para padronizar condutas, racionalizar atendimento e reduzir custos

29) Proporção de unidades que possuem rotinas/protocolos de atendimento às vítimas de acidentes e violência acessíveis aos profissionais

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

Indicadores que avaliam a oferta e adequação de leitos de terapia intensiva (adulto e pediátrica)

30) Proporção de unidades que possuem UTI

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

31) Proporção de unidades com UTI adequada aos requisitos básicos

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: É obrigatória a presença de UTI em todo hospital secundário ou terciário com capacidade igual ou maior que 100 leitos. Além disso, o nº de leitos de UTI em cada hospital deve corresponder entre 5 e 10% do total de leitos existentes no hospital. A UTI deve possuir atendimento 24 horas, área física própria e acesso facilitado. 5% do total de leitos pediátricos do hospital devem estar na UTI pediátrica.

Indicador que avalia a criação de serviços de referência para atendimento de casos de abuso sexual e de suas famílias

32) Proporção de unidades que possuem atendimento de referência para casos de abuso sexual

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

Indicador que avalia a presença no serviço de atendimento ao aborto legal

33) Proporção de unidades que possuem atendimento ao aborto legal

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

Indicador que avalia a capacitação para o atendimento às intoxicações (especialmente decorrentes de agrotóxicos)

34) Existe o serviço de referência para orientação e tratamento às intoxicações e animais peçonhentos

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

Indicador que avalia a articulação intersetorial

35) Proporção de unidades que encaminha e recebe pacientes do Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

INDICADORES COMPLEMENTARES PROPOSTOS PARA A ÁREA HOSPITALAR

Indicadores que avaliam a estrutura e a organização dos serviços

36) Proporção de hospitais Gerais com número mínimo de profissionais indispensáveis para seu funcionamento

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: Profissionais indispensáveis: cirurgião geral, pediatra, clínico geral, anestesiologista, enfermeira, assistente social, responsável técnico e técnico/auxiliar de enfermagem.

37) Proporção de hospitais de Referência para o atendimento às vítimas de acidentes e violências com número mínimo de profissionais indispensáveis para seu funcionamento

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: Profissionais indispensáveis nestes hospitais: O hospital deve ter pelo menos 15 dos 22 profissionais listados abaixo:
Cirurgião geral, cirurgião cardiovascular, cirurgião pediátrico, pediatra, clínico geral, anestesiologista, cardiologista, angiologista, enfermeira, intensivista, responsável técnico, técnico/auxiliar de enfermagem, cirurgião vascular, cirurgião buco-maxilo-facial, neurocirurgião, neuropediatra, hematologista, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico

38) Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articuladas com outros serviços para realização de transferência e transporte de pacientes

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

39) Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articuladas com outros serviços para suporte ininterrupto para laboratório de radiologia e patologia clínica

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

40) Proporção de hospitais com recursos tecnológicos (mínimos e indispensáveis) adequados e suficientes:

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA[1]: Os hospitais devem ter pelo menos 2 dos 6 itens para serem considerados adequados: Análise clínica/laboratorial, eletrocardiografia, radiologia convencional, endoscopia, ultra-sonografia, banco de sangue.
NOTA[2]: A unidade pode oferecer, por exemplo, eletrocardiografia de uma forma adequada, mas não necessariamente ela é suficiente, dada a grande demanda de pacientes.

41) Taxa de mortalidade hospitalar da emergência

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: Calcula-se esta taxa da seguinte forma: número total de óbitos hospitalares ocorridos na emergência, em um dado período, dividido pelo número total de pacientes atendidos na emergência no mesmo período, multiplicado por 100.

ATENDIMENTO EM REABILITAÇÃO

Indicadores que avaliam as ações direcionadas aos pacientes e suas famílias

42) Proporção de unidades que oferecem de forma adequada e suficiente, preparação para alta, suporte para convívio social e familiar, informações sobre direitos das pessoas portadoras de deficiências

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: A unidade deve oferecer pelo menos 2 dos 3 itens para ser considerada adequada.

43) Proporção de unidades que desenvolvem ações e meios de atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências do tipo: Reabilitação física, Suporte social, Visita domiciliar, Acompanhamento psicológico, Grupo de pais, Grupo de crianças/adolescentes/jovens/mulheres/idosos, Oficinas de prevenção à violência, Distribuição de material educativo sobre proteção/prevenção à violência, Palestras

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: A unidade que marcar sim em pelo menos 4 dos 9 itens será considerada adequada.

Indicadores que avaliam a oferta de atendimento multiprofissional

44) Proporção de unidades primárias que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: Os profissionais indispensáveis para estas unidades são os seguintes:
Nível primário: médico, fisioterapeuta, assistente social e técnico/auxiliar de enfermagem.

45) Proporção de unidades intermediárias que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: Os profissionais indispensáveis para estas unidades são os seguintes: Nível intermediário: médico, fisioterapeuta, assistente social e/ou psicólogo, fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional, enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem.

46) Proporção de serviços de referência que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: Os profissionais indispensáveis para estas unidades são os seguintes: Serviço de referência: médico fisiatra, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, nutricionista e técnico/auxiliar de enfermagem.

Indicadores que avaliam a provisão de recursos de reabilitação tais como órteses, próteses e meios de locomoção

47) Proporção de unidades que avaliam, prescrevem, treinam, acompanham e dispensam órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: Estas atividades são atribuídas apenas às unidades de nível intermediário e aos serviços de referência. Para ser considerada adequada, a unidade deve desenvolver pelo menos 3 das 5 ações envolvidas.

48) Proporção de unidades com abastecimento regular de órteses/próteses e meios auxiliares de locomoção

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

Indicador que avalia a produção de diagnóstico epidemiológico dos portadores de seqüelas

49) Proporção de unidades que registram o atendimento segundo a causa de agravo/lesão

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

INDICADORES COMPLEMENTARES PARA A ÁREA DE REABILITAÇÃO

Indicadores que avaliam a estrutura e a organização dos serviços

50) Proporção de unidades primárias que realizam atendimento em grupo, prevenção de seqüelas e incapacidades secundárias, estimulação neuropsicomotora e orientação familiar

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: Estas unidades devem realizar pelo menos 3 das 4 atividades propostas acima para serem consideradas adequadas.

51) Proporção de unidades intermediárias que realizam atendimento em grupo, avaliação médica, clínica e funcional

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: Estas unidades devem realizar todas estas atividades para serem consideradas adequadas.

52) Proporção de serviços de referência que realizam 10 das 13 atividades principais propostas para seu nível de complexidade

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: Estas unidades serão consideradas adequadas se realizarem: Avaliação médica, clínica e funcional, Avaliação clínica especializada, Avaliação e atendimento em fisioterapia, Avaliação e atendimento em terapia ocupacional, Avaliação e atendimento em fonoaudiologia, Avaliação e atendimento em psicologia, Avaliação e atendimento em serviço social, Avaliação e atendimento em enfermagem, Avaliação e atendimento em nutrição, Atendimento medicamentoso com dispensação de remédios, Avaliação funcional e de diagnóstico de eletroneuromiografia e potenciais evocados, Avaliação urodinâmica, Atendimento clínico nas diversas especialidades médicas e Atendimento cirúrgico.

53) Proporção de unidades primárias e intermediárias que possuem recursos tecnológicos adequados para o atendimento em reabilitação às vítimas de acidentes e violências

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA[1]: Nível primário e intermediário: análise clínica/laboratorial, radiologia, ultrassonografia. A unidade para ser considerada adequada deve possuir pelo menos 2 destes 3 itens.

54) Proporção de Serviços de referência que possuem recursos tecnológicos adequados para o atendimento em reabilitação as vítimas de acidentes e violências

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA[1]: Serviço de referência: análise clínica/laboratorial, medicina nuclear, radiologia convencional, urodinâmica. A unidade para ser considerada adequada e suficiente deve possuir pelo menos 3 destes 4 itens.

55) Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para transferência e transporte de pacientes

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

56) Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para suporte para laboratório de radiologia e patologia clínica

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

BLOCO 2

INDICADORES BASEADOS NAS DIRETRIZES 1, 2, 6 E 7 DA POLÍTICA NACIONAL DE ACIDENTES E VIOLÊNCIA

PROMOÇÃO E ADOÇÃO DE COMPORTAMENTOS E DE AMBIENTES SAUDÁVEIS

Indicadores que avaliam a mobilização da sociedade em geral e da mídia em particular para a importância das violências e acidentes

57) Existência no Município de campanhas de mobilização social para prevenção de acidentes e violências

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

58) Existência no Município de articulação das secretarias de saúde com os conselhos municipais de direitos, conselhos tutelares, etc.

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

59) Existência no Município de campanhas de abrangência municipal para a prevenção de acidentes de trânsito

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

60) Existência no Município de campanhas de abrangência municipal para a prevenção de violência contra a mulher

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

61) Existência no Município de campanhas de abrangência municipal para a prevenção de violência contra idosos

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

Indicador que avalia o cumprimento do Decreto 1.017

62) Existência no Município da aplicação do DPVAT na prevenção dos acidentes de trânsito

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

Indicadores que avaliam a divulgação de materiais educativos destinados à população, profissionais de saúde e de educação

63) Proporção de unidades que fazem distribuição de material educativo sobre proteção/prevenção à violência

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

64) Proporção de unidades que realizam alguma ação de prevenção aos acidentes/violências

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

Indicador que avalia a recuperação, apoio e informação às vítimas e às suas famílias

65) Proporção de unidades que realizam reabilitação física e/ou emocional, acompanhamento psicossocial, reinserção da criança e adolescente na família, orientação sobre direitos, distribuição de material informativo, aconselhamento familiar/terapia de casal e família, atendimento social/psicológico/psicossocial.

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

NOTA: As unidades que atendem a este critério são aquelas que respondem sim em pelo menos 4 destes 7 itens.

MONITORIZAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ACIDENTES E DE VIOLÊNCIAS

Indicadores que avaliam a promoção de registro contínuo e padronizado (segundo a natureza, o tipo de lesões e a causa) visando a retroalimentar o sistema

66) Proporção de unidades que possuem registros sobre os atendimentos às pessoas em situação de acidentes/violências

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

67) Proporção de unidades que realizam o registro do atendimento aos acidentes/violência classificados de acordo com CID 10

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

68) Proporção de unidades que fazem análise sistemática dos registros

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

Indicador que avalia o estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto de acidentes e violências no setor saúde

69) Existência no Município de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto de acidentes e violências no setor saúde

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

Indicador que avalia a sensibilização dos gestores dos IML sobre a importância dos dados deste setor, incluindo as capacitações para médicos deste setor

70) Existência no Município de capacitação para médicos dos IML, a fim de qualificar os dados sobre acidentes e violências

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão?		
10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

Indicador que avalia a elaboração de normas para padronizar fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar (com perfil do paciente, tipos de lesões, causas e acidentes de trabalho)

71) Proporção de unidades que possuem fichas padronizadas de notificação de casos de violência contra a criança e o adolescente

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Indicador que avalia a oferta de capacitação para a melhoria da qualidade de registro

72) Proporção de unidades com pessoal capacitado para registro e sistematização da informação

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

Indicador que avalia a capacitação de profissionais para atuarem na prevenção de acidentes e na promoção de ambientes saudáveis

73) Proporção de unidades com pessoal capacitado para atuar na prevenção de acidentes e na promoção de ambientes saudáveis

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

APOIO AO DESENVOLVIMENTO DE ESTUDOS E PESQUISAS

Indicador que avalia o desenvolvimento de pesquisas

74) Existência no Município de pesquisas em parcerias com os Municípios

Você considera este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Qual o grau de certeza com que você respondeu a esta questão? 10%( ) 20%( ) 30%( ) 40%( ) 50%( ) 60%( ) 70%( ) 80%( ) 90%( ) 100%( )		

| Anexo 14

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

( ) Núcleo Municipal cidade ________________________________
( ) Núcleo Estadual estado ________________________________
( ) Núcleo Acadêmico nome do núcleo ________________________
( ) Gestor do MS setor ___________________________________
( ) Gestor do OPS _______________________________________
( ) Gestor do municipal cidade ______________________________

BLOCO 1

INDICADORES BASEADOS NAS DIRETRIZES 3, 4 E 5 DA POLÍTICA NACIONAL DE ACIDENTES E VIOLÊNCIA

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

PRÉ-HOSPITALAR FIXO
(PSF, Unidade de atenção básica ampliada, PS 24h, ambulatório especializado, serviço de diagnóstico e terapia)

Indicadores que avaliam a organização e a implantação de serviços

1) Proporção de unidades que possuem mecanismos próprios ou integração com outros serviços para suporte, durante todo o horário de atendimento da unidade, para laboratório de radiologia e de patologia clínica

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (55,8%)	Necessário (38,5%)	Dispensável (5,8%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

Indicadores que avaliam a articulação do atendimento do setor saúde com áreas jurídicas e de segurança

4) Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes da Delegacia Comum, Delegacia de Proteção a Criança e ao Adolescente, Delegacia de atendimento à Mulher e Delegacia de atendimento ao Idoso

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (40,4%)	Necessário (48,1%)	Dispensável (11,5%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

NOTA: Será considerada adequada a unidade que encaminha e recebe pacientes de pelo menos 1 das 4 delegacias.

5) Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes do Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (48,1%)	Necessário (48,3%)	Dispensável (9,6%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

PRÉ-HOSPITALAR FIXO
(Apenas para os Ambulatórios Especializados)

Indicador que avalia a oferta de atividades voltadas para a reeducação dos agressores

7) Proporção de unidades que possuem atendimento de reeducação aos agressores

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (41,5%)	Necessário (43,4%)	Dispensável (15,1%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

PRÉ-HOSPITALAR FIXO
(Apenas para os PS/Atendimento 24h)

Indicadores que avaliam a estrutura e a organização dos serviços

10) Proporção de unidades que possuem Sala para sutura, Sala para curativos contaminados e Sala de inaloterapia/medicação

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (52,8%)	Necessário (32,1%)	Dispensável (15,1%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

NOTA: A unidade, para ser considerada adequada, deve marcar sim em pelo menos 2 dos 3 itens

12) Proporção de unidades que possuem Farmácia, Almoxarifado, Sala de expurgo/lavagem de material, Central de material esterilizado, Rouparia e Necrotério

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (34,6%)	Necessário (42,3%)	Dispensável (23,1%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

NOTA: A unidade, para ser considerada adequada, deve marcar sim em pelo menos 5 dos 6 itens.

13) Proporção de unidades que possuem a maioria dos medicamentos e equipamentos preconizados nas unidades não hospitalares/unidades 24 horas

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (54,9%)	Necessário (37,3%)	Dispensável (7,8%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

NOTA: O Gestor responde a esta pergunta mediante consulta a uma listagem com os principais medicamentos e equipamentos preconizados na Portaria n° 2048.

14) Proporção de unidades que possuem profissionais que receberam capacitação em ATLS

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (54,0%)	Necessário (44,0%)	Dispensável (2,0%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

15) Proporção de unidades que possuem profissionais que receberam capacitação por núcleos de educação em urgências

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (40,4%)	Necessário (55,8%)	Dispensável (3,8%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

PRÉ-HOSPITALAR FIXO
(Apenas para as Unidades não-hospitalares/ unidades 24 horas/ serviço de diagnóstico terapia e ambulatório especializado)

Indicadores que avaliam a estrutura e a organização dos serviços

16) Proporção de Unidades não-hospitalares/ unidades 24 horas/ serviço de diagnóstico, terapia e ambulatório especializado adequadas em relação aos recursos humanos disponíveis

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (47,2%)	Necessário (45,3%)	Dispensável (7,5%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

NOTA: Os RH que devem estar disponíveis nestas unidades são: Unidades não hospitalares/ unidades 24 horas/ serviço de diagnóstico terapia e ambulatório especializado: Coordenador do serviço, Médico pediatra, Médico clínico geral, Enfermeira, Técnico/auxiliar de enfermagem, Auxiliar de serviços gerais, Auxiliar de serviço administrativo, Psicólogo e Assistente social

17) Proporção de unidades que possuem Sala de recepção e espera, Sala de arquivo de prontuário, Sala de triagem de risco e Consultórios médicos

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (37,7%)	Necessário (39,6%)	Dispensável (22,6%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

NOTA: A unidade para ser considerada adequada deve marcar sim em pelo menos 3 dos 4 itens.

PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL (SAMU, GSE etc.)

Indicadores que avaliam a padronização de equipamentos e de veículos para o transporte de vítimas

22) Existência de ambulância do tipo B ou C ou D

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (52,8%)	Necessário (45,3%)	Dispensável (1,9%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

NOTA: A unidade, para ser considerada adequada, deve possuir pelo menos 2 ambulâncias dentre os 3 tipos. O Gestor responde a esta pergunta mediante uma consulta às principais características que diferenciam estes tipos de transportes de vítimas.

Indicador que avalia a presença de Mapeamento das áreas de risco no atendimento às vítimas de acidentes e violências

24) Existência de mapas de risco na central de regulação

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (42,6%)	Necessário (55,6%)	Dispensável (1,9%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

Indicador que avalia a existência de planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar para fluxos maciços de vítimas

25) Existência de planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar para fluxos maciços de vítimas

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (48,1%)	Necessário (50,0%)	Dispensável (1,9%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

ATENDIMENTO HOSPITALAR

Indicadores que avaliam a articulação do atendimento do setor saúde com áreas jurídicas e de segurança

26) Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes da Delegacia Comum, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher e Delegacia de Atendimento ao Idoso

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (35,8%)	Necessário (58,5%)	Dispensável (5,7%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

NOTA: Será considerada adequada, a unidade que encaminha e recebe pacientes de pelo menos 1 das 4 delegacias.

Indicador que avalia a assistência às vítimas de acidentes e violências, integrando atividades desenvolvidas pelos PSF e PACS

28) Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes oriundos de unidade básica de saúde e PSF

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (45,3%)	Necessário (50,9%)	Dispensável (3,8%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

Indicador que avalia a presença no serviço de atendimento ao aborto legal

33) Proporção de unidades que possuem atendimento ao aborto legal

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (47,2%)	Necessário (47,2%)	Dispensável (5,7%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

Indicador que avalia a articulação intersetorial

35) Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes do Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (56,6%)	Necessário (35,8%)	Dispensável (7,5%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

INDICADORES COMPLEMENTARES PROPOSTOS PARA A ÁREA HOSPITALAR

Indicadores que avaliam a estrutura e a organização dos serviços

39) Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articuladas com outros serviços para suporte ininterrupto para laboratório de radiologia e patologia clínica

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (56,6%)	Necessário (39,6%)	Dispensável (3,8%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

ATENDIMENTO EM REABILITAÇÃO

Indicadores que avaliam as ações direcionadas aos pacientes e suas famílias

43) Proporção de unidades que desenvolvem ações e meios de atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências do tipo: Reabilitação física, Suporte social, Visita domiciliar, Acompanhamento psicológico, Grupo de pais, Grupo de crianças/adolescentes/jovens/mulheres/idosos, Oficinas de prevenção à violência, Distribuição material educativo sobre proteção/prevenção à violência, Palestras

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (49,1%)	Necessário (49,1%)	Dispensável (1,9%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

NOTA: A unidade que marcar sim em pelo menos 4 dos 9 itens será considerada adequada.

Indicadores que avaliam a oferta de atendimento multiprofissional

44) Proporção de unidades primárias que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (57,7%)	Necessário (32,7%)	Dispensável (9,6%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

NOTA: Os profissionais indispensáveis para estas unidades são os seguintes: Nível primário: médico, fisioterapeuta, assistente social, técnico/auxiliar de enfermagem

45) Proporção de unidades intermediárias que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (45,3%)	Necessário (47,2%)	Dispensável (7,5%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

NOTA: Os profissionais indispensáveis para estas unidades são os seguintes: Nível intermediário: médico, fisioterapeuta, assistente social e/ou psicólogo, fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem

46) Proporção de serviços de referência que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (56,6%)	Necessário (43,4%)	Dispensável (0%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

NOTA: Os profissionais indispensáveis para estas unidades são os seguintes: Serviço de referência: médico fisiatra, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, nutricionista e técnico/auxiliar de enfermagem

Indicadores que avaliam a provisão de recursos de reabilitação tais como órteses, próteses e meios de locomoção

47) Proporção de unidades que avaliam, prescrevem, treinam, acompanham e dispensam órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (41,5%)	Necessário (50,9%)	Dispensável (7,5%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

NOTA: Estas atividades são atribuídas apenas às unidades de nível intermediário e aos serviços de referência. Para ser considerada adequada, a unidade deve desenvolver pelo menos 3 das 5 ações envolvidas

48) Proporção de unidades com abastecimento regular de órteses/próteses e meios auxiliares de locomoção

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (39,6%)	Necessário (47,2%)	Dispensável (13,2%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

INDICADORES COMPLEMENTARES PARA A ÁREA DE REABILITAÇÃO

Indicadores que avaliam a estrutura e a organização dos serviços

50) Proporção de unidades primárias que realizam atendimento em grupo, prevenção de seqüelas e incapacidades secundárias, estimulação neuropsicomotora e orientação familiar

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (30,2%)	Necessário (56,6%)	Dispensável (13,2%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

NOTA: Estas unidades devem realizar pelo menos 3 das 4 atividades propostas acima para serem consideradas adequadas.

52) Proporção de serviços de referência que realizam 10 das 13 atividades principais propostas para seu nível de complexidade

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (54,7%)	Necessário (41,5%)	Dispensável (3,8%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

NOTA: Estas unidades serão consideradas adequadas se realizarem: Avaliação médica, clínica e funcional, Avaliação clínica especializada, Avaliação e atendimento em fisioterapia, Avaliação e atendimento em terapia ocupacional, Avaliação e atendimento em fonoaudiologia, Avaliação e atendimento em psicologia, Avaliação e atendimento em serviço social, Avaliação e atendimento em enfermagem, Avaliação e atendimento em nutrição, Atendimento medicamentoso com dispensação de remédios, Avaliação funcional e de diagnóstico de eletroneuromiografia e potenciais evocados, Avaliação urodinâmica, Atendimento clínico nas diversas especialidades médicas e Atendimento cirúrgico.

53) Proporção de unidades primárias e intermediárias que possuem recursos tecnológicos adequados para o atendimento em reabilitação às vítimas de acidentes e violências

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (40,4%)	Necessário (53,8%)	Dispensável (5,8%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

NOTA: Nível primário e intermediário: análise clínica/laboratorial, radiologia, ultrassonografia. A unidade, para ser considerada adequada, deve possuir pelo menos 2 destes 3 itens.

55) Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para transferência e transporte de pacientes

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (54,7%)	Necessário (39,6%)	Dispensável (5,7%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

56) Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para suporte para laboratório de radiologia e patologia clínica

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (47,2%)	Necessário (43,4%)	Dispensável (9,4%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

BLOCO 2

INDICADORES BASEADOS NAS DIRETRIZES 1, 2, 6 E 7 DA POLÍTICA NACIONAL DE ACIDENTES E VIOLÊNCIA

PROMOÇÃO E ADOÇÃO DE COMPORTAMENTOS E DE AMBIENTES SAUDÁVEIS

Indicador que avalia o cumprimento do Decreto 1.017

62) Existência no Município da aplicação do DPVAT na prevenção dos acidentes de trânsito

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (46,2%)	Necessário (48,1%)	Dispensável (5,8%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

Indicadores que avaliam a divulgação de materiais educativos destinados à população, profissionais de saúde e de educação

63) Proporção de unidades que fazem distribuição de material educativo sobre proteção/prevenção à violência

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (49,1%)	Necessário (41,5%)	Dispensável (9,4%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

64) Proporção de unidades que realizam alguma ação de prevenção aos acidentes/violências

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (52,8%)	Necessário (41,5%)	Dispensável (1,7%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

MONITORIZAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ACIDENTES E DE VIOLÊNCIAS

Indicadores que avaliam a promoção de registro contínuo e padronizado (segundo a natureza, o tipo de lesões e a causa) visando a retroalimentar o sistema

68) Proporção de unidades que fazem análise sistemática dos registros

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (49,1%)	Necessário (47,2%)	Dispensável (3,8%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

Indicador que avalia a sensibilização dos gestores dos IML sobre a importância dos dados deste setor, incluindo as capacitações para médicos deste setor

70) Existência no Município de capacitação para médicos dos IML, a fim de qualificar os dados sobre acidentes e violências

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (58,5%)	Necessário (41,5%)	Dispensável (0%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Indicador que avalia a capacitação de profissionais para atuarem na prevenção de acidentes e na promoção de ambientes saudáveis

73) Proporção de unidades com pessoal capacitado para atuar na prevenção de acidentes e na promoção de ambientes saudáveis

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (56,6%)	Necessário (43,4%)	Dispensável (0%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

APOIO AO DESENVOLVIMENTO DE ESTUDOS E PESQUISAS

Indicador que avalia o desenvolvimento de pesquisas

74) Existência no Município de pesquisas em parcerias com os Municípios

O grupo de *experts* considerou este indicador:		
Imprescindível (39,2%)	Necessário (49,0%)	Dispensável (11,8%)
Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Levando em conta estas informações, você agora consideraria este indicador como:		
Imprescindível ( )	Necessário ( )	Dispensável ( )
Caso você queira, por favor, justifique o motivo:		

| Anexo 15

ALGUNS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS QUE DEVEM FAZER PARTE DE QUALQUER UNIDADE 24 HORAS

Materiais

Estetoscópio adulto/infantil, esfigmomanômetro adulto/infantil, otoscópio com espéculos adulto/infantil, oftalmoscópio, espelho laríngeo, bolsa auto-inflável (ambu) adulto/infantil, desfibrilador com marcapasso externo, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, eletrocardiógrafo, glicosímetro, aspirador de secreção, bomba de infusão com bateria e equipo universal, cilindro de oxigênio portátil e rede canalizada de gases ou torpedo de O^2 (de acordo com o porte da unidade), maca com rodas e grades, respirador mecânico adulto/infantil, foco cirúrgico portátil, foco cirúrgico com bateria, negatoscópios nos consultórios, serra de gesso, máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos, cateteres de aspiração, adaptadores para cânulas, cateteres nasais, sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos, luvas de procedimentos, máscara para ressuscitador adulto/infantil, ressuscitadores infantil e adulto com reservatório, cadarços para fixação de cânula, laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas, cânulas orofaríngeas adulto/infantil, jogos de pinças de retirada de corpos estranhos de nariz, ouvido e garganta, fios cirúrgicos, fios-guia para intubação, pinça de Magyll, bisturi (cabo e lâmina), material para cricotiroidostomia, drenos para tórax, pacotes de gaze estéril, pacote de compressa estéril, esparadrapo, material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas e plásticas, agulhas especiais para punção óssea, garrote, equipos de macro e microgotas, cateteres específicos para dissecção de veias, tamanho adulto/infantil, tesoura, seringas de vários tamanhos, torneiras de 3 vias, frascos de solução salina, caixa completa de pequena cirurgia, frascos de drenagem de tórax, extensões para drenos torácicos, sondas vesicais, coletores de urina, espátulas de madeira, sondas nasogástricas, eletrodos descartáveis, equipamentos de proteção individual para equipe de atendimento, cobertor para conservação do calor

do corpo, travesseiros e lençóis, pacote de roupas para pequena cirurgia, conjunto de colares cervicais (tamanho P, M e G), prancha longa para imobilização da vítima em caso de trauma, prancha curta para massagem cardíaca, gerador de energia elétrica compatível com o consumo da unidade, sistema de telefonia e de comunicação.

Medicamentos

Adrenalina, Água destilada, Aminofilina, Amiodarona, Amitriptilina, Ampicilina, Atropina, Bicarbonato de sódio, Biperideno, Brometo de Ipratrópio, Bupivacaína, Captopril, Carbamazepina, Carvão ativado, Cefalexina, Cefalotina, Cetoprofeno, Clister Glicerinado, Clordiazepóxido, Cloridrato de Clonidina, Cloridrato de Hidralazina, Cloreto de potássio, Cloreto de sódio, Clorpromazina, Clorafenicol, Codeína, Complexo B injetável, Deslanosídeo, Dexametasona, Diazepam, Diclofenaco de sódio, Digoxina, Dipirona, Enalapril, Escopolamina (hioscina), Fenitoína, Fenobarbital, Fenoterol Bromidrato, Flumazenil, Furosemida, Gentamicina, Glicose isotônica, Glicose hipertônica, Gluconato de Cálcio, Haloperidol, Hidrocortisona, Insulina, Isossorbida, Lidocaína, Manitol, Meperidina, Metildopa, Metilergometrina, Metilprednisolona, Metoclopramida, Metropolol, Midazolan, Nifedipina, Nistatina, Nitroprussiato de sódio, Óleo mineral, Omeprazol, Oxacilina, Paracetamol, Penicilina, Prometazina, Propranolol, Ranitidina, Ringer Lactato, Sais para reidratação oral, Salbutamol, Soro glico-fisiologico, Soro Fisiológico, Soro Glicosado, Sulfadiazina prata, Sulfametoxazol + trimetoprim, Sulfato de magnésio, Tiamina (Vit. B1), Tramadol, Tobramicina Colírio, Verapamil, Vitamina K.

DEFINIÇÃO DOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DAS AMBULÂNCIAS: SAMU/SIATE/GSE

Equipamentos

- Ambulância de Transporte (Tipo A)

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádiocomunicação em contato permanente com a central reguladora; maca com rodas; suporte para soro e oxigênio medicinal.

- Ambulância de Suporte Básico (Tipo B)

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca articulada e com rodas; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a- alimentação do respirador; b- fluxômetro e umidificador de oxigênio e c- aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de urgência contendo: estetoscópio adulto e infantil, ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados,

luvas descartáveis, tesoura reta com ponta romba, esparadrapo, esfigmomanômetro adulto/infantil, ataduras de 15 cm, compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gaze estéril, protetores para queimados ou eviscerados, cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas, clamps umbilicais, estilete estéril para corte do cordão, saco plástico para placenta, cobertor, compressas cirúrgicas e gazes estéreis, braceletes de identificação; suporte para soro; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico e ringer lactato; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção e maletas com medicações a serem definidas em protocolos, pelos serviços.

As ambulâncias de suporte básico que realizam também ações de salvamento deverão conter o material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas, maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 Kg, fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas, devendo contar, ainda com compartimento isolado para a sua guarda, garantindo um salão de atendimento às vítimas de, no mínimo, 8 metros cúbicos.

- Ambulância de Resgate (Tipo C)

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção; material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas; maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 Kg; fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas.

Quando realizarem também o suporte básico de vida, as ambulâncias de resgate deverão ter uma configuração que garanta um salão de atendimento às vítimas de, no mínimo 8 metros cúbicos, além de compartimento isolado para a guarda de equipamentos de salvamento e deverão estar equipadas com: maca articulada e com rodas; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a - alimentação do respirador; b - fluxômetro e umidificador de oxigênio e c - aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto e infantil; ressuscitador manual adulto/infantil, luvas descartáveis; cânulas orofaríngeas de tamanhos variados; tesoura reta com ponta romba; esparadrapo; esfigmomanômetro adulto/infantil; ataduras de 15 cm; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gaze estéril; protetores para queimados ou eviscerados; cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta; cobertor; compressas cirúrgicas e gazes estéreis; braceletes de identificação.

▪ Ambulância de Suporte Avançado (Tipo D)

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede portátil de oxigênio como descrito no item anterior (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte; oxímetro não-invasivo portátil; monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não-invasivo); bomba de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml; ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geléia e "spray"; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios-guia para intubação; pinça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem torácica; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecção de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 3 vias; frascos de soro fisiológico, ringer lactato e soro glicosado; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna. Para o atendimento a neonatos deverá haver pelo menos uma Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância e conter respirador e equipamentos adequados para recém natos.

- Aeronave de Transporte Médico (Tipo E)

– Aeronaves de Asas Rotativas (Helicópteros) para atendimento pré-hospitalar móvel primário

  - Conjunto aeromédico (homologado pelo Departamento de Aviação Civil – DAC): maca ou incubadora; cilindro de ar comprimido e oxigênio com autonomia de pelo menos 2 horas; régua tripla para transporte; suporte para fixação de equipamentos médicos;

  - Equipamentos médicos fixos: respirador mecânico; monitor cardioversor com bateria; oxímetro portátil; bomba de infusão; prancha longa para imobilização de coluna;

  - Equipamentos médicos móveis: maleta de vias aéreas contendo: conjunto de cânulas orofaríngeas; cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml; ressuscitador manual adulto/infantil completo; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; lidocaína geléia e spray; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas curvas e retas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil;; fios; fios-guia para intubação; pinça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem de tórax; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecção de veias tamanhos adulto/infantil; tesoura; pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão polivias; frascos de solução salina, ringer lactato, e glicosada para infusão venosa; caixa de pequena cirurgia; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta; absorvente higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-nascido; compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gases estéreis e braceletes de identificação; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipos para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas.

  - Outros: colete imobilizador dorsal; cilindro de oxigênio portátil com válvula; manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; bandagens triangulares; talas para imobilização de membros; coletes reflexivos para a tripulação; lanterna de mão; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas.

– Aeronaves de Asas Fixas (Aviões) e Aeronaves de Asas Rotativas (Helicópteros) para atendimento pré-hospitalar móvel secundário ou transporte inter-hospitalar

- Conjunto aeromédico (homologado pelo Departamento de Aviação Civil – DAC): maca ou incubadora; cilindro de ar comprimido e oxigênio com autonomia de pelo menos 4 horas; régua tripla para transporte; suporte para fixação de equipamentos médicos.
- Equipamentos médicos fixos: respirador mecânico; monitor cardioversor com bateria com marca-passo externo não-invasivo; oxímetro portátil; monitor de pressão não-invasiva; bomba de infusão; prancha longa para imobilização de coluna; capnógrafo;
- Equipamentos médicos móveis: maleta de vias aéreas contendo: cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml; ressuscitador manual adulto/infantil completo; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; lidocaína geléia e spray; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas curvas e retas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/ infantil; fios; fios-guia para intubação; pinça de Magyl; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem de tórax; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço, luvas estéreis, recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecção de veias tamanhos adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão polivias; frascos de solução salina, ringer lactato e glicosada para infusão venosa; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta, absorvente higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-nascido; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gases estéreis e braceletes de identificação; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipos para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas.

- Embarcação de Transporte (Tipo F)

Este veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial, poderá ser equipado como indicado para as Ambulâncias de Tipo A, B, ou D, dependendo do tipo de assistência a ser prestada.

- Medicamentos das ambulâncias

    - Lidocaína sem vasoconstritor; adrenalina, epinefrina, atropina; dopamina; aminofilina; dobutamina; hidrocortisona; glicose 50%;
    - Soros: glicosado 5%; fisiológico 0,9%; ringer lactato;
    - Psicotrópicos: hidantoína; meperidina; diazepan; midazolan;
    - Medicamentos para analgesia e anestesia: fentanil, ketalar, quelecin;
    - Outros: água destilada; metoclopramida; dipirona; hioscina; dinitrato de isossorbitol; furosemide; amiodarona e lanatoside.